Ueber den Einfluss der Excochleation

auf die

incurabeln Carcinome des Uterus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

hohen medicinischen Fakultät

der

K. B. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ludwig Berton,
approbierter Arzt aus Baden-Baden.

München 1896.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber den Einfluss der Excochleation

auf die

incurabeln Carcinome des Uterus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

hohen medicinischen Fakultät

der

K. B. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ludwig Berton,
approbierter Arzt aus Baden-Baden.

München 1896.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Referent: Herr Geheimrat Dr. v. Winckel.

Dem Andenken meines Vaters

Dr. med. Anton Berton

† Grossherz. Bezirksarztes in Baden-Baden

dankbar gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534911_0066

Die dem Arzt und Operateur so häufig begegnende Thatsache, dass Carcinomkranke sich zu spät zur Radikaloperation melden, trifft in ganz besonderem Masse zu für den Krebs der inneren weiblichen Genitalien oder kurz gesagt für das Carcinoma uteri; denn diesem gegenüber treten die primären Carcinome der Uterusadnexe sowohl hinsichtlich ihrer Häufigkeit wie auch als Gegenstand ärztlicher Therapie ganz zurück. Es ist bekannt, dass ca. $^1/_4$ aller an Krebs gestorbenen Personen an Uteruskrebs zu Grunde geht, dieser somit nur noch durch den Magenkrebs an Häufigkeit übertroffen wird; ferner, dass von allen krebskranken Frauen der dritte Teil an Uteruskrebs leidet. Die grosse Aufmerksamkeit, welche von allen Seiten der Therapie des Carcinoma uteri stets zugewandt wurde und noch immerfort zugewandt wird, ist also durch das häufige Vorkommen sowohl, als auch durch die eminente Bösartigkeit dieser Geschwulstform, wenn sie sich selbst überlassen bleibt, vollkommen erklärt.

Hält man in der Litteratur Umschau, so fällt bei der Durchsicht dessen, was schon über die Therapie des Uteruscarcinoms geschrieben wurde, zunächst der Umstand auf, dass über die Radikaloperationen ein ausserordentlich reichhaltiges Material vorliegt, welches zudem noch immerwährend anwächst. Dagegen sind die verschiedenen Palliativverfahren, speziell die operativen, im Verhältnis nur spärlich und in kurzen Umrissen vertreten. Die Ursache dieses Verhaltens ist eine naheliegende. Für den Operateur hat die Radikaloperation begreiflicherweise einen weit grösseren Reiz und ist in den meisten Fällen auch eine dankbarere Aufgabe als alle palliativen Verfahren. Und dennoch verdienen letztere die grösste Aufmerksamkeit. Gerade in weiter vorgeschrittenen Fällen kann

eine zweckmässige Palliativbehandlung ungemein viel Gutes stiften und den bedauernswerten Kranken die Qualen ihres unheilbaren Leidens bis zum schliesslichen Ausgang wesentlich mildern.

Sucht man eine Erklärung dafür, dass weitaus die meisten Kranken erst verhältnismässig lange die Symptome unbeachtet lassen, ehe sie die Hilfe eines Arztes in Anspruch nehmen, und dass sie so den rechten Zeitpunkt, wo ihnen noch Rettung gebracht werden könnte, versäumen, so kommt in Betracht einmal die Scheu der Frauen vor der gynäkologischen Untersuchung, öfters auch eine unbegreifliche Gleichgiltigkeit, die versteckte anatomische Lage der erkrankten Teile und ferner der Umstand, dass die Mehrzahl der Erkrankungen ungefähr in die Zeit der Menopause fällt, wo die Periode vor ihrem Verschwinden leicht unregelmässig wird. Die Frauen halten dann oft schon krankhafte Erscheinungen für bedeutungslos. Dieser Irrtum ist um so eher möglich, als die Symptome eines beginnenden Uteruscarcinoms durchaus wechselnd und uncharakteristisch sein können. Es ist deshalb in allen derartigen Fällen eine sorgfältige innere Untersuchung die Pflicht des konsultierten Arztes; unterlässt er dieselbe, so macht er sich unter Umständen zum Mitschuldigen an einem verhängnisvollen Versäumnisse. In zweifelhaften Fällen kann oft durch Excision eines Stückchens aus einer verdächtigen Gewebspartie und Untersuchung desselben mit dem Mikroskop die richtige Diagnose gestellt werden.

Das Uteruscarcinom hat seinen Sitz meistens an der Portio vaginalis oder in der Cervix (beides Teile des Collum uteri), in viel selteneren Fällen aber auch in der Substanz des Uteruskörpers selbst. Die Unterscheidung dieser Formen gelingt in den früheren Stadien der Erkrankung, d. h. bevor noch der Zerfall der neugebildeten Massen zu weit um sich gegriffen hat, fast immer leicht. Sie ist hinsichtlich des Verlaufs und der Behandlung der Krankheit von grosser praktischer Wichtigkeit, sodass eine genaue Beschreibung der einzelnen Formen an dieser Stelle angebracht erscheint.

I. Das Portio-Carcinom.

Sein Ausgangspunkt ist die äussere, der Scheide zugewandte Fläche der Portio vaginalis. Es ist somit, da dieser Teil mit Pflasterepithel bedeckt ist, ein Plattenepithelkrebs. Seines Baues wegen bezeichnet man es nach Klebs' Vorgange gewöhnlich als cancroide Papillargeschwulst.

Zunächst entstehen durch papilläre Wucherungen in der Schleimhaut einzelne oder auch mehrere harte Knoten, welche sich rasch vergrössern und der Portio eine unregelmässig höckerige Gestalt verleihen. Oder die Wucherungen entwickeln sich zu polypenartigen Formen und bilden dann der äusseren Fläche der Portio mit mehr oder weniger breiter Basis aufsitzende Tumoren bis zu Apfelgrösse und darüber, welche das ganze Scheidengewölbe ausfüllen. Sie zeigen einen zerklüfteten, nach Art der Papillome dendritisch verzweigten Bau und werden wegen ihrer äusseren Ähnlichkeit mit einer bekannten Pflanze auch als Blumenkohlgewächse bezeichnet.

Die Portiocarcinome wachsen rasch, und es kommt in der Folge durch Nekrose der gewucherten Massen zu oberflächlichem geschwürigen Zerfall. Sie zeigen wenig Neigung zum Übergreifen auf die Wandungen des Cervicalkanals, welch letzterer meist auch bei schon vorgeschrittener Wucherung nur katarrhalisch affiziert erscheint. Der äussere Muttermund kann somit gemeinhin als Grenze zwischen Portiocarcinom und der II. Form, dem Cervixkrebs, betrachtet werden. Dagegen ergreifen die Portiokrebse mit Vorliebe die oberen Teile der Scheide durch kontinuierliches, langsames Weiterkriechen. Vom Scheidengewölbe aus gelangen sie zum umliegenden Bindegewebe und in die Parametrien, welche so infiltriert werden; die Folge ist eine Fixation des Uterus. Die Portiocarcinome brauchen jedoch bis zu diesem Punkte verhältnismässig lange Zeit, ganz im Gegensatz zu dem gleich zu beschreibenden Cervixcarcinom. Ihre weitere Entwickelung stimmt mehr oder weniger mit derjenigen der vorgeschrittenen II. Form überein.

II. Das Cervix-Carcinom.

Es entwickelt sich in der Tiefe der Cervicalschleimhaut, wobei diese selbst im Anfang ein vollkommen normales oder nur ganz leicht katarrhalisches Aussehen darbietet. Im submucösen Bindegewebe entwickeln sich, wahrscheinlich ausgehend von den Cervicaldrüsen, circumscripte krebsige Knötchen, welche sich schnell vergrössern, besonders gegen die Muscularis zu, und auch nach unten gegen die Portio, seltener gegen den Uteruskörper vorrücken. Die krebsige Neubildung kann sich aber auch in mehr diffuser Weise ausbreiten und zwar flach unter dem Cylinderepithel, sodass die ganze Cervix zu einem starren Rohr mit carcinomatös infiltrierten Wandungen umgewandelt ist bei anscheinend noch gesunder Mucosa. Bald erweichen jedoch die Krebsmassen in ihrem Innern, zerfallen und brechen in den Cervicalkanal durch: Cancroides Ulcus der Cervix. Reichen solche Geschwüre herab bis an das Os uteri externum, so kann man sie mit Hilfe des Speculums dem Auge leicht zugänglich machen, wobei sie als unregelmässige, leicht blutende Substanzverluste erscheinen.

Im weiteren Verlaufe breitet sich nun das Cervixcarcinom auf die Scheide und vor allem auf das Beckenbindegewebe aus. Dieses wird viel früher ergriffen als bei der I. Form. Die Infektion der Parametrien geschieht durch kontinuierliches Weiterkriechen der Erkrankung von der Aussenseite der Cervix her, oder durch Auftreten von zerstreuten Krebsknoten in derselben, die wahrscheinlich in den Lymphgefässen sitzen. Die Folge der Einlagerung der krebsigen Massen ist der Elasticitätsverlust der Parametrien resp. der Ligg. lata; der Uterus lässt sich nicht mehr verschieben, weder seitlich, noch in auf- oder absteigender Richtung, er ist fixiert.

Parallel mit der Neubildung schreitet der Zerfall der Krebsmassen fort, welcher gerade bei dieser Form eine Hauptrolle spielt. Der Cervicalkanal wird durch den Zerfall seiner krebsig infiltrierten, verdickten Wandungen immer weiter, wir haben den bei der ersten Untersuchung carcinomkranker Frauen so überaus häufig wiederkehrenden Befund, dass man durch einen

verhältnismässig wenig veränderten äusseren Muttermund in einen weiten kraterartigen Raum gelangt, der von weichen, bröckeligen Massen erfüllt ist. Die Wandungen dieser Höhle werden bald gar nicht mehr von Cervixsubstanz gebildet, sondern in sie sind die infiltrierten und exulcerierten Parametrien einbezogen. Vom Mastdarm aus fühlt man in diesem Stadium harte, grosse Tumoren, die sich erst bei der kombinierten Untersuchung von Scheide und Rectum aus als infiltrierte Wände der durch Ulceration der Cervix und der krebsigen Parametrien entstandenen Carcinomhöhle erkennen lassen. Diese Infiltrationsschale schiebt sich immer weiter gegen die knöcherne Beckenwand vor, bis sie letztere erreicht hat und sich fest mit ihr verbindet. Die Ulceration folgt meist in gleichem Masse, sodass die infiltrierte Wand der Höhle nicht dicker zu sein pflegt wie 1 cm. (Winter.)

Die in den Parametrien zu beiden Seiten der Cervix verlaufenden Ureteren werden bald von allen Seiten umwuchert, ihr Lumen wird durch den Druck der wachsenden Neubildung immer mehr verengert und schwindet schliesslich ganz. Oberhalb der Kompressionsstelle kommt es zu sekundärer Erweiterung der Harnleiter, weiterhin zu Hydronephrose und ihren Folgezuständen. Zeitweise kann das Lumen der Ureteren sich auch wiederherstellen durch Zerfall der komprimierenden Krebsknoten. Viel seltener ist der Verschluss eine Folge des direkten Einwucherns der Neubildung in die Ureteren; denn diese leisten wegen der Dicke ihrer Wandungen oft lange Zeit Widerstand Ganz analog können auch durch Kompression der grossen Venenstämme an der seitlichen Beckenwand Stauung und Ödeme in den unteren Extremitäten entstehen.

Vom Beckenbindegewebe schreitet die Erkrankung kontinuierlich weiter auf die anderen Organe des kleinen Beckens Eine Verbreitung des Carcinoms in die freie Bauchhöhle wird zunächst verhindert, indem das durch den Reiz der Neubildung chronisch entzündete Bauchfell der erkrankten Teile mit der Nachbarschaft, Därmen etc. verklebt und fest verwächst. Frühzeitig wird öfters die hintere Wand der Blase ergriffen, zunächst ihre Muscularis und Submucosa, während die Schleimhaut selbst

mit einer katarrhalischen Entzündung auf den Reiz reagiert. Die wachsenden Krebsknoten bringen bald die Schleimhaut zur Nekrose, durch ihren Zerfall entsteht schliesslich eine Harnfistel. Meist erfolgt der Durchbruch zwischen Scheide und Blase: Blasenscheidenfistel.

Weit seltener bilden sich Mastdarmscheidenfisteln, indem von der hinteren Scheidenwand Krebsnester, durch den verlöteten Douglas'schen Raum oder längs der Ligg. recto-uterina weiterwuchernd, in das Rectum einbrechen. Der fortschreitende Zerfall kann in schweren Fällen zur Entstehung einer grossen jauchigen Höhle führen, in welche Blase und Rectum einmünden, einer sog. Kloake, während der Uterus schon gänzlich zerstört ist.

Auch auf die Ovarien setzt sich die Erkrankung gewöhnlich continuierlich fort auf dem Wege über die Tuben. Jedoch kommen in den Eierstocken auch echte Metastasen vor.

Von den regionären Lymphdrüsen findet man am häufigsten die Iliacaldrüsen carcinomatos entartet Sie liegen dicht unterhalb der Linea innominata vor der Art. sacro-iliaca, sammeln die Lymphgefässe von der oberen Scheide und der Cervix[1]) und können beträchtliche Grösse erreichen; demnächst die lumbalen und inguinalen Drüsen. Immerhin gehören Drusenerkrankungen, solange das Carcinom noch auf den Uterus beschränkt ist, zu den grössten Ausnahmen. Und selbst bei schon erkrankten Parametrien kommen sie nur in 1/3 aller Falle vor. (Winter.)

In sonstigen inneren Organen: Leber, Lungen, Pleura, Nieren macht das Cervixcarcinom im Vergleich zu anderen Schleimhautkrebsen selten und vor allem erst sehr spät Metastasen. Meist führt es so schnell zum Tod, dass dazu keine Zeit mehr bleibt. In 78% der Fälle sind keine Metastasen nachweisbar.[2])

III. Das Carcinom des Uteruskörpers.

Das primäre Corpuscarcinom ist viel seltener als die beiden eben geschilderten Formen. Unter den 100 Fällen meiner Zu-

[1]) Poirier: Topographie des Lymphdrüsenapparats der weiblichen Genitalien.

[2]) Max Müller: Beiträge zur Kenntnis der Metastasenbildung maligner Tumoren. Inaug.-Dissert. Bern 1892.

sammenstellung finden sich im ganzen zwei, und zwar beide Male kombiniert mit Cervixcarcinom, nämlich die Fälle 30 und 92. Es bevorzugt ausserdem ein höheres Alter wie das Collumcarcinom, findet sich selten vor dem 50. Lebensjahre und befällt auch verhältnismässig häufig Jungfrauen und Nullipare.

Das Corpuscarcinom tritt gewöhnlich auf in Form einer flachenhaften Neubildung, ausgehend von den Epithelzellen der Oberfläche und der Drüsen der Schleimhaut. Nach den Untersuchungen Hofmeiers giebt meist eine Hyperplasie der Drüsen, ein Adenom der Uterusschleimhaut, die Grundlage ab für die bösartige Neubildung. Das Adenom büsst durch unbegrenzte Wucherung der Drüsenzellen, welche ihre cylindrische Form ganz verlieren, seinen gutartigen Charakter ein (Adenocarcinom). Die Schleimhaut wird bedeutend verdickt, bis über 1 cm. An ihrer Oberfläche tritt Zerfall und Geschwürsbildung ein, während die Zellsprossen andrerseits in die Muskelschicht einwuchern und diese zerstören. Nach abwärts greift der Prozess allmählich, wenn auch meist erst spät, auf die Cervix über.

Viel seltener als in der eben geschilderten diffusen Form beginnt das Corpuscarcinom mit circumscripter Knotenbildung. Es finden sich dann polypenartige Tumoren, welche nach der Uterushöhle zu wachsen und später ebenfalls zerfallen.

Nach Durchwucherung der Uteruswand führt die Neubildung zu peritonealen Verwachsungen, wodurch meist ein Durchbruch der Massen in die freie Bauchhöhle vermieden wird und das Carcinom Zeit gewinnt, sich auf die andern Organe des kleinen Beckens auszubreiten. Schliesslich findet sich wie bei der II. Form an Stelle der zerstörten Organe eine grosse Höhle mit putridem Inhalt. Der Verlauf des Corpuscarcinoms ist jedoch im Vergleich mit dem der Cervix meist ein sehr langsamer und kann sich zuweilen über Jahre hinziehen.

Symptome.

Das Uteruscarcinom im allgemeinen ist zunächst eine rein örtliche Erkrankung und macht daher bis zu einem bestimmten Grade seiner Entwickelung auch nur örtliche Erscheinungen. Erst später treten Allgemeinerscheinungen hinzu.

Im Anfang des Leidens fehlen überhaupt alle Krankheitssymptome; erst ganz allmählich stellen sich dieselben ein, sodass der zeitliche Beginn der Erkrankung nur ungefähr festgestellt werden kann. Da die Krankheitserscheinungen beim Krebs des corpus uteri den Symptomen des Collum- (Portio- und Cervix-) Carcinoms zwar ziemlich ähnlich sind, immerhin aber in etwas verschiedener Weise auftreten, mögen sie auch getrennt beschrieben werden.

Das häufigste Symptom des Collumcarcinoms, zugleich auch das wichtigste, weil es bei heftigem Auftreten die Kranken ausserst rasch herunterbringt, sind die Blutungen. Diese ängstigen die Kranken am meisten und führen sie, wenn andere schon vorher bestehende Symptome dies noch nicht vermochten, meist schnell zum Arzt.

Unter 100 in der kgl. Universitäts-Frauenklinik in München innerhalb der Zeit vom September 1892 bis Ende 1894 excochleierten Fällen von Uteruscarcinom, welche ich zusammengestellt habe, befinden sich 95 reine Collumcarcinome (ausserdem noch 2 Corpuscarcinome und 3 Recidive nach vorausgegangener Exstirpatio uteri totalis). Von diesen 95 kamen in die Klinik wegen Blutungen allein 7 Kranke; über Blutungen mit gleichzeitigen Leib-, Kreuz- etc. Schmerzen klagten 26, über Blutungen, Schmerzen und Ausfluss 24. Es waren also nur in einer kleinen Anzahl der Fälle Blutungen das einzige Hauptsymptom, vielmehr bestanden meist noch andere daneben.

Um die restierenden 38 Fälle gleich mitzuerledigen, seien ihre Hauptbeschwerden noch kurz hier angeführt: über wässerigen, oft blutig gefärbten Ausfluss klagten 14 Patientinnen (bei acht derselben war der Ausfluss zugleich übelriechend); hauptsächlich über Leib-, Kreuz- etc. Schmerzen klagten 24 (wovon zwölf zugleich Ausfluss und eine, Fall 28, hochgradige Schwäche aufwiesen).

Bei der Sonderung der genannten 95 Fälle in Carcinome des Scheidenteils und solche der Cervix ergaben sich:

28 Carcinome der Portio vaginalis,
66 Cervixcarcinome und
1 Mischform beider Arten (Fall 51

Die Hauptsymptome waren, soweit sie sich auseinanderhalten liessen, bei den Portiocarcinomen:

Blutungen allein	in	2	Fällen
Blutungen und Schmerzen	„	6	„
Blutungen, Ausfluss und Schmerzen .	„	7	„
Ausfluss und Schmerzen	„	2	„
Ausfluss allein	„	8	„
Schmerzen allein	„	3	„

bei den Cervixcarcinomen:

Blutungen allein	in	5	Fällen
Blutungen und Schmerzen	„	19	„
Blutungen, Schmerzen und Ausfluss . .	„	15	„
Blutungen und Ausfluss	„	3	„
Ausfluss allein	„	7	„
Ausfluss und Schmerzen	„	6	„
Schmerzen allein	„	10	„
Schmerzen mit hochgradigem Kräfteverlust	„	1	Fall.

Das Vorherrschen der Blutungen gegenüber den anderen Symptomen gelangt hier besonders beim cervicalen Ulcus zum Ausdruck, während beim Portiocarcinomen der Ausfluss ein ebenso häufiges, fast noch häufigeres Symptom ist. Besonders der profuse übelriechende Ausfluss kommt häufig vor bei der cancroiden Papillargeschwulst.

Verhältnismässig früh stellen sich schon Blutungen ein beim Portiocarcinom, besonders bei den Blumenkohlgewächsen. Es beruht dies gewiss zum grossen Teil auf dem Umstand, dass diese zerklüfteten, weichen, in die Scheide hineinragenden Geschwülste vielfachen mechanischen Insulten ausgesetzt sind. Beim Cervixcarcinom dagegen treten Blutungen erst auf, wenn die Neubildung zu zerfallen beginnt, also mit der Entstehung des cervicalen Ulcus. Die Abgänge bestehen entweder aus reinem oder mehr weniger stark mit Serum gemischtem Blut.

Die Art und Weise, wie diese Blutungen auftreten, ist sehr verschieden. Bei noch menstruierten Frauen macht sich die Erkrankung anfänglich meist durch Unregelmässigkeiten der Periode bemerkbar; diese ist verstärkt, es kommt zu Me-

norrhagien; oder sie nimmt mehr und mehr eine profuse Beschaffenheit an, es geht zwischen den einzelnen Perioden fortwährend Blut ab. Auch durch äussere Veranlassungen werden leicht uterine Blutungen ausgelöst, so durch körperliche Anstrengung, Pressen bei hartem Stuhlgang, Cohabitationen u. s. w. Am auffallendsten für die Betroffenen selbst und deshalb auch am sichersten zu konstatieren ist das Einsetzen der Blutungen bei Frauen, welche sich bereits jenseits der Menopause befinden, besonders da sie in diesem Falle vielfach gleich von Beginn ab den Charakter starker Metrorrhagien zeigen. Überhaupt sind im klimakterischen Alter uterine Blutungen allemal höchst verdächtig auf Carcinom, da sie nur selten auf andere Erkrankungen der Gebärmutter, Polypen und dergl. zurückzuführen sind. In manchen Fällen endlich fehlen Blutungen ganz, besonders dann, wenn die Neubildung reich ist an Bindegewebe, also bei den scirrhösen Formen des Uteruscarcinoms.

Die direkte Veranlassung dieser Blutabgänge ist die Zerstörung von Wandteilen kleinerer oder grösserer Gefässe durch die wachsende und später zerfallende Neubildung. Von dem Umfang dieser Zerstörung und von der Grösse der betroffenen Gefässe hängt es dann ab, ob die Kranken fortwährend kleinere Blutmengen verlieren oder ob sich plötzlich copiöse Metrorrhagien einstellen. In letzterem Falle kommt es jedoch nur höchst selten zu akutem Verblutungstod. Wohl aber führen die anhaltenden kleineren oder sich mehrmals wiederholenden grösseren Verluste an Ernährungsmaterial bald hochgradig anämische Zustände herbei.

Während so der Zerfall der Neubildung mit den Blutverlusten meist Hand in Hand geht, kommt es in einer erheblichen Anzahl von Fällen zu keinen eigentlichen Blutungen, sondern bloss zu einer rötlichen Färbung der mehr serösen Abgänge aus den Genitalien durch beigemischtes Blut. Diese sog. Fleischwasserähnlichen Emanationen sind wegen der geringfügigen Blutbeimengung eigentlich nicht mehr zu den Blutungen zu rechnen, sondern fallen schon unter die Kategorie der Ausflüsse, des zweiten Hauptsymptoms des Gebärmutterkrebses. Vielfach ist überhaupt sehr schwierig, eine strenge Grenze zwischen Blutung

und Ausfluss zu ziehen, besonders wenn beide Symptome gelegentlich bei derselben Kranken vorkommen.

Der Ausfluss ist im allgemeinen im Anfang entweder schleimig und zäh wegen der consecutiven Endometritis cervicis, oder dünn, serös, fade- aber nicht übelriechend. Massenhafter seröser, oft blutig tingierter (fleischwasserähnlicher) Ausfluss findet sich beim Portiocarcinom, besonders bei den Blumenkohlgeschwülsten, schon in frühen Stadien und vor dem Zerfall. Beim Cervixcarcinom tritt der Ausfluss erst später ein mit der Ulceration, ist auch nicht so copiös Der seröse Charakter geht auch bald durch Beimischung von Eiterkörperchen und Zellhaufen, welche aus der zerfallenden Neubildung stammen, verloren, das Sekret nimmt eine trübe, gelbliche oder graubraune Färbung an. Es wird übelriechend infolge von Zersetzung durch Fäulniserreger, deren Eindringen selbst bei grosser Reinlichkeit der Patientinnen auf die Dauer nicht zu vermeiden ist; um wieviel weniger erst bei Unsauberkeit und der bei manchen Kranken bestehenden Gleichgiltigkeit, welche oft durch das Bewusstsein der Unheilbarkeit des Krebses hervorgerufen wird. Diese jauchigen Ausflüsse sind durch ihren penetranten, äusserst unangenehmen Geruch, welcher sich besonders unter weniger günstigen pekuniären und hygienischen Verhältnissen, bei engem Zusammenwohnen u. s. w. in fast unerträglicher Weise geltend macht, ebenso peinlich für die Umgebung der Kranken als qualvoll für diese selbst. Der beständige Säfteverlust, die durch den Geruch erzeugte Appetitlosigkeit und der Ekel vor fester Nahrung bringt die Kranken, welche ohnedies psychisch meist schwer deprimiert sind, auch körperlich rasch herunter. Infolge der andauernden Einwirkung des abfliessenden jauchigen Sekrets auf die äusseren Genitalien und ihre Umgebung stellen sich bald Vulvitis und Ekzeme der Labien und der Innenfläche der Oberschenkel ein, welche durch ihren heftigen Juckreiz das Allgemeinbefinden noch mehr verschlimmern und die Beschwerden in erheblichem Masse steigern.

Zu den Blutungen und Ausflüssen gesellen sich als drittes und subjektives Hauptsymptom des Gebärmutterkrebes Schmerzen der verschiedensten Art. Wenn es auch feststeht, dass bei einer kleinen Anzahl von Fällen während des Krankheits-

verlaufes niemals Schmerzen auftreten, diese also auch nicht im strengsten Sinne als für die Krankheit pathognomonisch aufzufassen sind, so ist doch das gegenteilige Verhalten fast immer zu beobachten. Nach v. Winckel betragen die von ihm beobachteten ganz schmerzfrei verlaufenden Fälle ungefähr 5—6 %.

Die Frauen klagen im Anfang oft über ein Gefühl der Schwere und des Druckes im Becken und über Drang nach unten. Zu diesen unangenehmen vagen Sensationen, welche ja auch noch bei einer Anzahl anderer Uterinleiden vorkommen, gesellen sich jedoch mit der zunehmenden Ausbreitung der Erkrankung, oft allerdings erst spät beginnend, subjektive Beschwerden deutlicherer Art, nämlich mehr oder weniger heftige stechende, reissende oder bohrende Schmerzen, welche weiterhin an Stärke zunehmen. Sie sind in manchen Fällen kontinuierlich, in anderen wieder nur von zeitweiser Dauer, oder können auch einen lanzinierenden Charakter zeigen, indem sie blitzartig durch den Unterleib fahren. Als der Sitz dieser Schmerzen wird von den Kranken meistens die Kreuzgegend bezeichnet, von wo sie nach allen Richtungen hin ausstrahlen können: nach vorn gegen die Symphyse zu, nach oben in die Gegend der Nieren und des Magens, nach unten in die Extremitäten hinein.

Als die Ursache dieser Schmerzen ist die andauernde Kompression anzusehen, welche die nervösen sensiblen Elemente in der Uteruswand und den nervenreichen Geweben der Ligg. lata und Parametrien durch die krebsige Infiltration dieser Teile erleiden. Solange die Neubildung auf den nervenarmen Scheidenteil beschränkt bleibt, wie es bei den Portiocarcinomen und Blumenkohlgeschwülsten lange der Fall ist, welche erst später zu einer Infiltration der Parametrien führen, vermissen wir diese Schmerzen in der Regel. Dagegen treten frühzeitig schon die heftigsten Schmerzen auf bei Cervicalcarcinomen mit ihrer leicht in die Tiefe sich vorschiebenden starren Infiltration, besonders bei den Formen, welche erst spät zur Ulceration führen. Mit dieser tritt meist spontan eine Abnahme der Schmerzen ein, weil der Druck auf die Nerven durch die Möglichkeit des Abflusses der zerfallenden komprimierenden

Massen geringer wird. Auch Blutungen verschaffen dem Kranken vielfach eine vorübergehende Erleichterung. Ein Aufhören der Schmerzen pflegt aber auch nach eingetretener Ulceration keineswegs stattzufinden, da dem nekrotischen Zerfall der komprimierenden Knoten im Zentrum der Geschwulst ein Weiterkriechen der Infiltration in der Peripherie parallel geht und somit das causale Moment fortbesteht. Weiterhin trägt die beständige Reizung der im Grunde der Ulcera blossliegenden, durch die abfliessende Carcinomjauche bespülten Nervenendigungen erheblich zur Unterhaltung und Vermehrung der Beschwerden bei. Infolge Verstopfung des Cervialkanals durch die wachsende Neubildung oder durch abgelöste grössere Geschwulstteile kann es zu Sekretverhaltung im Uterus, zu Hämato- und Pyometra kommen, wodurch dann reflektorisch Uteruskontraktionen ausgelöst werden, die sich als äusserst heftige Schmerzanfälle (Uteruskoliken) bemerkbar machen. Als weitere schmerzerregende Momente sind noch die oft sehr ausgedehnten chronisch entzündlichen Verwachsungen des Peritoneums zu nennen, sowie das in späteren Stadien so häufige Übergreifen der Infiltration auf die Scheiden der Nerven des Plexus lumbo-sacralis und auf die übrigen Organe des kleinen Beckens.

Am häufigsten geht die Erkrankung auf die Harnblase über; Funktionsstörungen dieses Organs sind schon ziemlich frühzeitig zu beobachten, noch ehe ihre Wandungen durch die von der Scheide her wuchernde Neubildung ergriffen sind. Die Urinentleerung wird schmerzhaft; dabei besteht fortwährender Drang zum Wasserlassen, der Harn wird trüb und sedimentreich, alles Zeichen einer schon bestehenden Reizung bezw. katarrhalischen Entzündung der Blasenschleimhaut. Mit dem Einwuchern der Neubildung in die Wand der Blase und in ihre Höhle selbst zeigt der Urin Beimengungen von Blut, reichlichem Eiter und zuletzt auch von Geschwulstpartikeln, welche den beginnenden Zerfall anzeigen. So kommt es, wenn auch in der Regel erst spät, zur Entstehung einer Kommunikation, einer Blasenscheidenfistel, der Urin fliesst unwillkürlich ab (cf. die Fälle 54, 56 und 79).

Die in die hintere Blasenwand am Trigonum sich ein

senkenden Ureteren sind in der Mehrzahl der Fälle so von Geschwulstmassen umwuchert oder seltener in ihren Wandungen selbst erkrankt, dass eine Verminderung ihres Lumens, die manchmal bis zum völligen Verschluss desselben führt, die Folge ist. Oberhalb der Kompressionsstelle ist alsdann der betreffende Harnleiter erweitert bis ins Nierenbecken hinein, ebenso dieses selbst; die Nierenpapillen flachen sich ab, kurz es kommt zu einer konsecutiven Hydronephrose mit ihren Folgezuständen. Ist der Verschluss nur einseitig, so tritt die andere Niere symptomlos in vikariierender Weise für die erkrankte ein. Bei doppelseitiger Behinderung des Harnabflusses dagegen kommt es sehr schnell zu akuter, oder, was bei dem allmählichen Zustandekommen der Kompression häufiger ist, zu chronischer Urämie, welcher ein grosser Teil aller Uteruskrebse erliegt (cf. die Fälle 16, 18, 20, 54 und 68; im übrigen vergleiche man auch p. 42 oben). Manchmal kommt es vor, dass nach Zerfall der die Ureteren komprimierenden Knoten z. B. gerade mit der Entstehung einer Blasenscheidenfistel die Passage für den Harn wieder frei wird und grössere Urinmengen abfliessen, worauf die urämischen Erscheinungen wieder zurückgehen.

Viel seltener als die Blase ist das Rectum direkt an der Krankheit beteiligt. Schmerzen beim Stuhlgang, Schleimabgang und Tenesmus deuten auf peritonitische Verwachsungen und einen bestehenden Mastdarmkatarrh; jedoch sind die Entzündungsvorgänge in der Rectalschleimhaut weit seltener als die der Blase. Die bei Krebskranken so häufig bestehende Verstopfung hat ihren Grund viel mehr in dem Bestreben, die Schmerzen bei der Defäkation zu vermeiden, in der mangelhaften Nahrungsaufnahme und der gestörten Darmfunktion überhaupt als in einer Verlegung oder Kompression des Mastdarmlumens. In schweren Fällen kann eine Mastdarm-Scheidenfistel entstehen und wenn, wie es in diesem Stadium oft der Fall ist, schon vorher eine Blasen-Scheidenfistel vorhanden war, fliessen die Exkrete des Darms und der Nieren in einen Raum zusammen, die sog. Kloake (cf. Fall 90).

Thrombose der grossen Becken- resp. Schenkelvenen ist in späterer Zeit nichts allzu seltenes. Die krebsige Infiltration

führt entweder zu einer einfachen Kompression dieser Gefässe, oder sie wuchert direkt durch ihre Wandungen. Die Folge sind Oedeme und Schmerzen in den unteren Extremitäten. Ebenso kann im Gebiet der Hämorrhoidalvenen die Behinderung des Blutabflusses zur Entstehung starker Venenknoten, im Peritonealsack zu Ascites führen.

Die geschilderten Krankheitserscheinungen sind selbstverständlich von grösstem Einfluss auf das Allgemeinbefinden der Patientinnen. Am frühesten macht sich eine Beeinträchtigung des Appetits bemerkbar. Dieser sinkt mehr und mehr und macht schliesslich einem oft kaum zu überwindenden Ekel vor jeder Nahrungsaufnahme, insbesondere vor Fleisch und festen Speisen überhaupt Platz. Dazu kommt noch Übelkeit und häufiges Erbrechen, Störungen, welche sich in diesen früheren Stadien, ebenso wie die Appetitlosigkeit, die Anorexie, erklären aus der Anämie der Kranken und ihrer darniederliegenden Magen-Darmthätigkeit, seltener aus einem wirklich bestehenden Magenkatarrh und endlich nicht zum wenigsten aus der Einwirkung der übelriechenden, für die Frauen selbst ekelhaften Ausflüsse aus den Genitalien. Die mangelhafte Ernährung, die fortwährenden Säfteverluste, die vielfältigen Schmerzen und die dadurch bedingte Unruhe und Schlaflosigkeit, alle diese Umstände führen im Verlauf der Krankheit rascher oder langsamer zu hochgradiger Anämie, Abmagerung und zu Schwächezuständen. Von inneren Organen bekundet besonders das Herz seine Teilnahme an der allgemeinen Degeneration durch kleinen und unregelmässigen Puls, sowie durch gelegentliche Collapszustände. Das Gesamtbild ist genügend bekannt unter dem Namen der Krebskachexie.

Sobald die lokale Erkrankung zu einer Kompression der Ureteren und damit zu einer Behinderung des Harnabflusses führt, tritt zu den genannten Symptomen ein neues: die Urämie. Schon das in manchen Fällen verhältnismässig früh auftretende, oft hartnäckige Erbrechen ist auf beginnende urämische Intoxikation zurückzuführen. Es stellt sich mit Vorliebe nachts, in den ersten Stunden nach Mitternacht ein und erklärt sich daraus, dass bei mässiger Kompression der Ureteren durch benachbarte

Krebsknoten der Urin wohl tagsüber bei aufrechter Stellung der Kranken, der Schwere folgend, passieren kann, nicht aber nachts in horizontaler Lage. Die nächtliche Harnstauung, resp. die dadurch verursachte Resorption harnfähiger Substanzen, löst dann nachts das Erbrechen aus, das morgens mit dem Abfliessen des Urins wieder verschwindet.

Die Urämie führt bei doppelseitigem Ureterenverschluss in akuter Weise zum Tode. Doch ist dieser Fall im ganzen selten; viel häufiger sind es chronisch-urämische Zustände, welche im Verein mit dem Marasmus den Exitus beschleunigen. Die Kranken, welche vorher viel über ihre Beschwerden klagten, jedoch dabei für ihre Umgebung noch Interesse hatten, leiden nun viel an Kopfschmerzen, auch heftigem Erbrechen, und werden nach und nach ruhiger und teilnahmloser für das, was um sie her vorgeht. Dass diese Symptome in günstigen Fällen wieder zurückgehen können, ist oben erwähnt. Meist aber nimmt die Abstumpfung des Bewusstseins zu und führt schliesslich durch comatöse Zustände zum Tode.

Sehr viele der Kranken sind bis zuletzt bei klarem Bewusstsein, ein Los noch um vieles bedauernswerter als das derjenigen, welche im urämischen Coma zu Grunde gehen. Über die direkte Todesursache gehen die Meinungen der Autoren auseinander. Die meisten führen in erster Linie die Erschöpfung (Herzschwäche) an, erst in zweiter die Urämie. Von anderer Seite (Schröder) wird dagegen betont, dass auch in den Fällen, wo der Exitus scheinbar nur infolge der Entkräftung eintrete, oft noch nebenbei eine chronische Urämie bestehe, und dass letztere die häufigste Todesursache sei. Wenigstens spreche der häufige Sektionsbefund von dilatierten Ureteren und Nierenbecken für die Richtigkeit dieser Ansicht.

Direkter Verblutungstod ist trotz der Häufigkeit der Blutungen sehr selten. Auch septische Allgemeininfektion durch Resorption jauchiger Substanzen gehört zu den Ausnahmen, so günstig auch die Vorbedingungen dafür auf den ersten Blick scheinen möchten. Diese auffallende Thatsache ist wohl auf den Mangel an gesunden und aufsaugungsfähigen Lymphgefässen im Erkrankungsbezirk und auf die Entstehung von Lymphgefäss-

thromben in der Infiltrationszone zurückzuführen. Auch ist in letzterer das Gewebe so dicht mit Leukocyten durchsetzt, dass eine vollständige Abkapselung des Krankheitsherdes bewirkt wird.

Häufiger erfolgt der Tod durch eine allgemeine eitrige Peritonitis infolge des Durchbruchs eines Jaucheherdes oder Pyosalpinx in die freie Bauchhöhle; selten ist eine disseminierte Verbreitung des Carcinoms über das ganze Bauchfell. Von intercurrenten Krankheiten führen gelegentlich Pneumonie, Pleuritis, Embolien der Pulmonalarterie oder auch der Art. fossae Sylvii unmittelbar das Ende herbei.

Die Dauer der Krankheit zu bestimmen, ist ausserordentlich schwer, da ihre Anfänge dank der versteckten Lage des Uterus kaum jemals zu Augen des Arztes kommen. Macht das Carcinom erst einmal Symptome, welche die Frauen zum Arzte führen, so besteht es immer schon kürzere oder längere Zeit, und sein Beginn lässt sich nur schätzungsweise feststellen. Demgemäss weichen auch die Angaben der einzelnen Autoren beträchtlich von einander ab. Ausserdem schreitet ja auch das Portiocarcinom viel langsamer vorwärts als das der Cervix; scirrhöse Formen bedürfen zum Zerfall einer bedeutend längeren Zeit als weiche, medulläre. Nach der Annahme Gusserows und Schröders führt das Cervixcarcinom durchschnittlich in 1 bis 1½ Jahr zum Tode. Fälle von kürzerer Dauer kommen vor, wenn auch seltener; dagegen wird aber der Zeitraum von 1½ Jahren vom Beginn der Symptome ab bis zum Exitus in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen überschritten, besonders wenn durch geeignete Therapie die Ausbreitung verzögert wird. Hier bestimmte Zahlen anzuführen, hat keinen allzugrossen Wert, weil sie doch immer mehr oder minder willkürlich genommen sind.

Symptome und Verlauf des Corpuscarcinoms.

Wie beim Collumcarcinom sind auch hier Blutungen und Ausfluss die hervorstechendsten Krankheitserscheinungen. Unregelmässige, selten besonders starke Blutungen, welche beginnen, nachdem die Periode oft schon viele Jahre aufgehört hat, also

meist jenseits der 50er Jahre, sind sehr verdächtig auf Corpuskrebs. Besteht, was die Ausnahme ist, die Menstruation noch, so wird sie profus. Diese Blutungen treten schon ein, ehe es zum Zerfall und zur Ulceration kommt, weil die Corpusschleimhaut durch Wucherungsvorgänge bedeutend verdickt ist, gerade wie es der Fall ist bei submucösen Myomen. Die Abgänge bestehen auch vielfach aus mehr weniger stark mit Blut gemischtem Schleim. Bald tritt noch ein reichlicher, erst seröser, später mehr eitriger Ausfluss hinzu, geruchlos oder auch sehr übelriechend, abwechselnd wieder von Blutungen unterbrochen, besonders wenn erst einmal die Ulceration ihren Anfang genommen hat. Der Ausfluss enthält alsdann beigemischte Geschwulstbröckel. Verjauchung kann aber lange ausbleiben, weil bei der tiefen Lage des Krankheitsherdes das Einwandern von Zersetzungskeimen durch den engen Cervicalkanal erschwert ist.

Die Cervix bleibt in den ersten Stadien in der Regel unverändert. Der Uteruskörper ist anfangs mehr oder minder gleichmässig vergrössert, später lassen sich an dem durch Adhäsionen mit der Nachbarschaft fixierten Organ oft deutliche knollige Prominenzen nachweisen. Dadurch dass sich abgestossene Teile der Neubildung in dem erweiterten Cavum uteri ansammeln, weil sie den engen Halskanal nicht passieren können, wird der Uterus zu heftigen, periodisch wiederkehrenden Kontraktionen gereizt, er sucht seinen Inhalt auszupressen. Die so entstehenden wehenartigen Schmerzen können äusserst heftig werden, treten immer häufiger auf und in vielen Fällen regelmässig zu bestimmten Tageszeiten, besonders nachmittags. Sie sind sehr charakteristisch und wurden früher als ausschlaggebend für die Diagnose betrachtet. Jedoch beweist das Fehlen dieses Symptoms keineswegs das Nichtvorhandensein der Erkrankung.

Zu diesen Uteruskoliken kommen noch Kreuzschmerzen, in die Beine ausstrahlende Schmerzen und solche, welche durch Druck des vergrösserten Organs auf den Plexus entstehen; endlich peritonitische Schmerzen, erzeugt durch Verwachsungen des Bauchfells mit den Nachbarorganen, nachdem einmal die

Krebswucherung bis zum peritonealen Überzug des Uterus vorgedrungen ist. Späterhin folgen Blasenbeschwerden, Obstipation und die übrigen Zustände, ähnlich wie bei fortgeschrittenem Cervixcarcinom.

Das Allgemeinbefinden kann sich lange Zeit auf einer guten Stufe halten, was wohl hauptsächlich der geringeren Intensität der Blutungen und Ausflüsse, dem späteren Eintritt der Verjauchung etc. zuzuschreiben ist gegenüber dem Cervixcarcinom. Die Krebskachexie entwickelt sich sehr langsam und das Leiden kann sich über Jahre hinziehen vom Beginn der Symptome ab. Als durchschnittliche Dauer kann man 2 bis $2^1/_2$ Jahre annehmen.

Diagnose und Prognose.

Auf diese näher einzugehen, gehört nicht in den Rahmen dieser Arbeit, da meine Zusammenstellung nur vorgeschrittene Fälle von Uteruscarcinom umfasst, bei welchen die Diagnose längst sicher und die Prognose absolut letal ist.

Therapie.

Das erstrebte Ziel der Behandlung des Uteruscarcinoms ist die radikale Entfernung der Neubildung bezw. des von ihr ergriffenen Organs in einem derartig frühen Stadium der Krankheit, dass für die Folge Recidive ausbleiben, d. h. eine vollständige Heilung erzielt wird. Wenn dieses Ziel nur in einer kleinen Anzahl von Fällen erreicht wird, so darf man dies nicht den Operationsmethoden (Cervixamputation, Totalexstirpation) zur Last legen, — im Gegenteil, diese Methoden haben sich in letzter Zeit fortwährend vervollkommnet — sondern eben dem verhängnisvollen Umstand, dass man nie bestimmt wissen kann, ob nichts Krankhaftes zurückblieb. Recidive sind dann die Folge. Vor Ablauf von 5 recidivfreien Jahren ist die Operierte nicht als für sicher geheilt anzusehen.

Hier ist nun die Frage zu beantworten, wie weit die Radikaloperation zulässig ist, und wo das Gebiet der palliativen Behandlung beginnt. Im allgemeinen sollte die Radikaloperation nur da vorgenommen werden, wo die Aussicht auf Dauerheilung vorhanden ist. Es muss demnach vorausgesetzt werden, dass

das Carcinom erst im Beginn resp. noch nicht zu weit vorgeschritten ist: gute Verschiebbarkeit der Portio nach oben, unten und seitlich. Ist der Uterus nach irgend einer Seite durch strangförmige carcinomatöse Infiltrationen fixiert, so ist das ein sicheres Anzeichen, dass die Krankheit nicht mehr auf ihren ursprünglichen Sitz, auf die Gebärmutter, beschränkt ist. Sie hat sich bereits auf die Parametrien, auch gegen die Blase oder das Scheidengewölbe fortgesetzt. Eine Totalexstirpation des Uterus würde also hier einerseits nicht viel nützen und ihr das Recidiv auf dem Fusse folgen, weil nicht im Gesunden operiert werden konnte, andrerseits wäre sie viel schwieriger, da man den fixierten Uterus nicht herabziehen kann, um sich das Operationsfeld besser zugänglich zu machen. Dazu kommt noch, dass in solchen Fällen eine genaue Unterbindung der Gefässe in den infiltrierten Parametrien fast unmöglich ist — wenn man nicht vorzieht, durch die übrigens auch nicht ganz sichere Methode der Abklemmung der infiltrierten Ligg. lata in toto mit Verweilzangen die Blutstillung zu erreichen — und infolgedessen die heftigsten Nachblutungen das Leben der Operierten bedrohen. Todesfälle als unmittelbare Folge der Operation sind alsdann nicht selten. Auch eine irgendwie erhebliche Ausbreitung der carcinomatösen Infiltration auf die Scheide, der Nachweis von krebsig entarteten Iliacaldrüsen etc. sollten stets die Radikaloperation verwerfen lassen. Es werden daher auch dort die besten Erfolge in Bezug auf vollständige Heilung erzielt werden, wo man alle derartig vorgeschrittenen Fälle von der Totalexstirpation ganz ausschliesst und sie von vornherein nur palliativ behandelt.

In neuester Zeit wurde indessen von verschiedenen Operateuren, an der Spitze B. Schultze, der Versuch gemacht, die Grenzen der Totalexstirpation des Uterus weiter auszudehnen und sie auch dann noch auszuführen, wenn nur einige Monate ungetrübten Wohlbefindens dadurch gewonnen würden. Schultze hält die Symptome, unter denen solche Operierte an einem nicht ulcerierten Peritonealcarcinom schliesslich zu Grunde gingen, für weit weniger jammervoll als die Qualen eines offenen Uteruskrebses. Die Berechtigung dieser „in bewusst palliativem Sinne“

ausgeführten Totalexstirpation ist jedoch von den meisten Seiten aufs schärfste bestritten worden aus dem Grunde, weil die eigentlichen Palliativverfahren in solch vorgeschrittenen Fällen mindestens dasselbe leisten, ohne jedoch das Leben der Kranken auch nur in annähernd gleichem Masse zu gefährden, und weil zudem eine ausserordentliche technische Geschicklichkeit nötig ist, um die Schwierigkeiten einer solchen Operation zu überwinden. Allerdings fällt es dem Arzt manchmal auch nicht leicht, dem Drängen der bedauernswerten Kranken gegenüber, die in der Radicaloperation das letzte Rettungsmittel zu sehen vermeinen, jene wiederholt ablehnen zu müssen.

Alle die Kranken nun, bei denen nach den obengenannten Gesichtspunkten die geeignete Zeit für die Radicaloperation bereits vorüber ist, d. s. ca. 75 bis 80% (nach Olshausen neuerdings weniger, nämlich 55 bis 60%) aller Uteruscarcinome, sind von vornherein der palliativen Behandlung zu überweisen. Deren Aufgabe ist es, die quälenden Symptome zu beseitigen resp. möglichst zu mildern, dem Fortschreiten des örtlichen Prozesses nach Kräften Einhalt zu thun und dadurch indirekt das Leben zu verlängern. Es gibt nun medikamentöse und operative Palliativverfahren. Die ersteren allein sind zunächst da am Platze, wo jeder, auch der kleinste operative Eingriff nutzlos oder sogar gefährlich wäre, also bei ganz weit vorgeschrittenem Zerfall, bei Vorhandensein abnormer Kommunikationen (Fisteln), bei drohender Peritonitis etc. Dann aber finden sie auch neben Operationen und bei der Nachbehandlung derselben Verwendung. Sie setzen sich zusammen aus desinfizierenden und desodorisierenden Ausspülungen, Tamponade mit in flüssige Medikamente getauchten Wattebäuschen, Applikation von Trockensubstanzen (Pulvern) und Ätzmitteln, Injektionen flüssiger Medikamente in die Geschwulst u. s. w. Die operativen Palliativverfahren bezwecken vor allem eine möglichst ausgiebige mechanische Entfernung der gewucherten Krebsmassen und sind bei richtiger Anwendung weit wirksamer als die medikamentösen. Früher nahm man die Abtragung der Wucherungen mit Messer und Schere vor (Simpson auch mit dem Fingernagel), heute macht man sie mit der Curette oder mit dem scharfen Löffel und bezeichnet

diese Operation als Auskratzung resp. Auslöffelung oder Excochleation. Der Vollständigkeit halber mag ausserdem noch das Verfahren des Herausbrennens der krebsigen Cervix mit dem messerförmigen Thermocauter hier angeführt werden, die Thermocauterectomia cervicis.

Von den letztgenannten Verfahren ist es die Excochleation, mit der ich mich eingehender zu beschäftigen habe. In Folgendem wird zunächst die Ausführung der Operation sowie ihre Nachbehandlung zu beschreiben sein; weiter ist es meine spezielle Aufgabe, die Einwirkung der Excochleation auf die Krankheitssymptome zu eruieren an der Hand des gegebenen Krankenmaterials, um daraus ein Urteil zu gewinnen, ob die Operation durch den Erfolg gerechtfertigt sei oder nicht.

Von den oben beschriebenen Symptomen des vorgeschrittenen Uteruscarcinoms sind es die fortwährenden Blutungen, die Ausflüsse und Schmerzen, welche das ganze Krankheitsbild beherrschen und wegen ihrer verderblichen Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden vor allem Abhilfe verlangen. Die Quelle der beiden erstgenannten Symptome sind die oberflächlichen Schichten der Neubildung, welche in beständigem, fortschreitenden Zerfall begriffen sind. Abgesehen von den bindegewebsreichen, den scirrhösen Formen, besitzen diese Krebse eine Menge kleine Gefässe und Capillaren, deren Wandungen teils sehr dünn sind, teils auch unmittelbar von den Krebszellen selbst gebildet werden.[1]) Durch den Zerfall, durch Blutdrucksteigerung bei körperlichen Anstrengungen u. s. w. kommt es zu häufigen Zerreissungen dieser Gefässe und infolge dessen zu den meist weniger heftigen als durch ihre lange Dauer und leichte Wiederkehr erschöpfenden Blutabgängen. Um diesen zu begegnen, muss man also das brüchige, zerfallende Krebsgewebe selbst angreifen. Man muss es möglichst zu entfernen suchen, bis man auf das noch zum Teil gesunde Gewebe der Grenzzone stösst und diese selbst freigelegt hat. Hier sind die Gefässe noch bedeutend widerstandsfähiger gegenüber den sie treffenden Schädlichkeiten, die Gelegenheit zur Zerreissung und Blutung wird somit beschränkt.

[1]) Sänger: Über palliative Behandlung des Carcinoma colli uteri (Schmidts Jahrbücher B. 237, p. 90.

Durch die Auskratzung beseitigt man zugleich auch die Quelle der Ausflüsse, welche ihre Fortdauer ja ebenfalls nur der beständigen Nekrose und Abstossung der oberflächlichen Schichten der Neubildung verdanken. Sekretverhaltungen und Fäulnisprozessen, welche hier die günstigsten Bedingungen vorfinden, wird durch eine gründliche Auskratzung einfach der Boden entzogen werden.

Welcher Art man sich die Beeinflussung der verschiedenartigen Schmerzen durch die Operation vorzustellen hat, ist nur in den wenigsten Fällen zu ersehen. Da, wo durch Sekretverhaltung infolge Verstopfung des Cervicalkanals eine schmerzhafte Dehnung der Gebärmutter und Uteruskoliken entstanden sind, wird die Excochleation die Forderung erfüllen, dass den Sekreten freier Abfluss ermöglicht werden muss. In anderen Fällen mag durch Sistierung der Jauchung infolge des operativen Eingriffs die beständige Reizung der blossliegenden Nervenenden beseitigt werden und ist so eine günstige Beeinflussung der Schmerzen denkbar. Jedenfalls darf man hoffen, dass, wenn es gelingt, die drei Hauptsymptome der Krankheit zu beseitigen resp. zu mildern, auch eine günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden der Kranken nicht ausbleiben wird.

Bevor ich zur Beschreibung der Excochleation selbst übergehe, seien noch einige Worte über das Instrument gesagt, mit welchem die Operation ausgeführt wird. Der scharfe Löffel ist von G. Simon in die Behandlung maligner Geschwülste eingeführt[1]), nachdem er schon vorher von Sédillot zum Evidement cariöser Knochen und von Volkmann zum Ausschaben atonischer Geschwüre benutzt worden war. Simon bediente sich eines Satzes scharfer Löffel von verschiedener Grösse und rühmte diesem Instrument den Vorzug nach, dass man damit weit gründlicher und gefahrloser die erkrankten Gewebsteile entfernen könne, als mit allen anderen schneidenden Werkzeugen. Insbesondere sei der scharfe Löffel imstande, in all' die Buchten

[1]) Simon: Die Auslöffelung breitbasiger sarcomatöser und carcinomatöser Geschwülste aus Körperhöhlen. Beiträge zur Geb. u. Gyn. Berlin 1872. Bd. I. p. 17.

maligner Geschwüre einzudringen und die Ausläufer der Neubildung in die benachbarten Bindegewebsspalten möglichst vollständig zu entfernen. Zwar erwies sich Simons anfangs gehegte Hoffnung, dass er mit diesem Instrument alles Krankhafte entfernen könne, leider bald als trügerisch; doch in der Behandlung des Uteruscarcinoms hat sich der scharfe Löffel wegen seiner Zweckmässigkeit bis jetzt erhalten.

Die Ausführung der Excochleation und ihre Nachbehandlung, wie sie in der Münchener Klinik geübt wird, ist folgende:

Als Vorbereitung geht der Operation eine gründliche Entleerung des Darms bezw. Rectums, sowie der Blase voraus. Alsdann wird die Kranke narkotisiert und in Steinschnittlage gebracht. Von der Ausdehnung der Erkrankung, besonders gegen Blase und Douglas zu, überzeugt sich der Operateur nochmals durch genaue bimanuelle Untersuchung. Nach Desinfektion der äusseren Genitalien und der Scheide wird die Neubildung durch Einlegen Simon'scher Specula zugänglich gemacht und die Portio bezw. deren Reste durch Kugelzangen fixiert. Bei grösseren Geschwülsten der Portio beginnt man die Operation zweckmässig mit Abtragung des Tumors in grossen Stücken durch die Schere oder einen grossen scharfen Löffel, um, nachdem dergestalt die Hauptmasse beseitigt ist, mit einem kleinen Löffel alles weiche Geschwulstgewebe sorgfältig auszukratzen. Der scharfe Löffel dringt in alle Buchten des Krankheitsherdes ein, was besonders beim Cervixcarcinom, wo die Zerfallshöhle oft schon weit in die Parametrien hineinreicht, von grosser Wichtigkeit ist. Die Ausschabung muss ziemlich energisch gemacht werden, bis der Löffel auf noch gesundes Bindegewebe oder auf die harte Infiltrationszone stösst, was sich durch die veränderte Konsistenz des Gewebes der Hand des Operateurs deutlich fühlbar macht. Gegen eine Perforation in die Blase sucht man sich durch Einführen eines Katheters in dieselbe, dessen Spitze man von der Scheide her abfühlt, zu schützen. In Fällen mit stark vorgeschrittener Ulceration ist natürlich die grösste Vorsicht in dieser Beziehung nötig und muss man deshalb oft auf die wünschenswerte Gründlichkeit der Auskratzung verzichten. Die Blutung hält sich meist in

mässigen Grenzen, kann aber allerdings auch gelegentlich durch Verletzung eines grösseren Gefässes sehr heftig werden. Durch Berieseln oder Auftupfen des Blutes mit Wattebäuschen sucht man sich das Operationsfeld frei zu halten.

Sogleich nach Beendigung der Auskratzung wird ein Paquelin (am besten mit rundem Brenner) appliziert und die ganze Wunde damit gründlich ausgebrannt. Bei tiefen Substanzverlusten ist dabei die Gefahr eines Durchbruchs in Blase oder Douglas nicht aus dem Auge zu verlieren.

Durch dieses etwas radikale Verfahren erreicht man den doppelten Zweck, einmal die Blutung aufs wirksamste zu stillen und ferner die noch zurückgebiebenen Geschwulstreste nach Möglichkeit zu vernichten. Bei den 5 Fällen — 77 bis 81 — meiner Zusammenstellung wurde zur Cauterisation erhitzter einströmender Wasserdampf benutzt; jedoch ist dies Verfahren umständlich und hat keine Vorteile vor dem Paquelin. (Die andern Verfahren: Blutstillung durch Vernähung der Wundflächen nach Martin; Ätzung mit alkoholischer Bromsolution (1 : 5) oder mit Chlorzinklösung (50 %) sind, ersteres wegen seiner Schwierigkeit und unsicheren Wirkung, die beiden anderen wegen der heftigen durch sie verursachten Schmerzen, weniger zu empfehlen.)

Aufgabe der Nachbehandlung ist es, für den ungehinderten Abfluss der Wundsekrete zu sorgen. Die Wundhöhle wird bis in ihre Buchten hinein mit kleinen Jodoformgazebäuschen fest austamponiert und die Scheide mit einigen Salicylwattetampons geschlossen. Diese Tampons bleiben 1 bis 3 Tage liegen und werden dann entfernt. Die Gefahr einer Nachblutung ist gering, die Kranken können meist nach 5 bis 6 Tagen wieder aufstehen. Während der ersten Tage post operationem, besonders solange die Tampons noch liegen, muss öfters kathetrisiert werden; ebenso ist sorgfältig auf leichte Stuhlentleerungen zu achten.

Die Brandschorfe stossen sich nach einigen Tagen durch leichte Eiterung ab. Die Wundfläche bedeckt sich mit Granulationen, die im günstigen Falle eine Vernarbung der Wunde herbeiführen. Leider wird aber, besonders wenn die Auskratzung aus irgendwelchen Gründen nicht intensiv genug

gemacht werden konnte, der Vernarbungsprozess häufig noch vor seinem gänzlichen Ablauf durch das Recidiv unterbrochen und der ganze Erfolg der Operation dadurch wiederum in Frage gestellt, wie die Wiederkehr einzelner oder auch aller vorher bestehenden Symptome (cf. die beifolgende Zusammenstellung) deutlich erkennen lässt.

Resultate.

Nach dem beschriebenen, in der Münchener Klinik geübten Verfahren sind nun die 100 Fälle von vorgeschrittenem Uteruscarcinom operiert, welche ich nachstehend statistisch aufgeführt habe. Die Zusammenstellung umfasst den Zeitraum vom Herbst 1892 bis Ende 1894. Die Zeit vom Eintritt der ersten Symptome, welche die Frauen an sich selbst bemerkten, bis zur Aufnahme der Kranken in die Klinik, wo sie alsbald excochleiert wurden, war verchieden lang; soweit die Anamnesen darüber Angaben enthalten, schwankte diese Zeit von 1 bis zu 36 Monaten, im Durchschnitt betrug sie 6,5 Monate. Die Dauer der klinischen Behandlung, vom Tage der Operation ab gerechnet, betrug im Minimum 6 Tage, im Maximum 23, im Mittel 9,1 Tage. Bei dieser Berechnung sind die Fälle Nr. 7, 19, 24 und 44 ausseracht gelassen, weil bei ihnen durch hinzutretende Komplikationen die Behandlungsdauer wesentlich verlängert und der Verlauf überhaupt dadurch ein vom gewöhnlichen abweichender wurde.

Verschiedene Kranke waren schon vor ihrer Aufnahme in die Klinik auswärts operiert worden und zwar je einmal die Fälle 36, 38, 39 und 61, zweimal Fall 45. In der Münchener Universitäts-Frauenklinik wurden zweimal excochleiert die Fälle 16, 26 und 51, dreimal Fall 4. Die letztgenannte Kranke, welche schon bei ihrer Aufnahme in die Klinik sehr heruntergekommen war, starb aber bald nach der dritten Operation an Entkräftung. Es kann dieser Ausgang keineswegs der Operationsmethode zur Last gelegt werden. Noch ein anderer Todesfall ist zu konstatieren bei der Kranken 24. Hier erfolgte der Exitus durch Erschöpfung und Pyämie 2 Monate nach der Excochleation. Bei Fall 90 und 98 war wegen be-

ginnenden Carcinoms vor 4 Monaten bezw. vor 4¾ Jahren die totale Exstirpation des Uterus vorgenommen worden, ebenso bei Fall 27 vor 5½ Monaten (bei letzterem mit partieller Resektion des Kreuzbeins nach Kraske-Herzfeld). Bei allen 3 Kranken waren in letzter Zeit Recidive in der Narbe aufgetreten.

Über die ferneren Schicksale der Kranken nach der Entlassung aus der Klinik konnte ich nur auf dem Wege eigener Nachforschung und in ca. ⅓ der Fälle Erkundigungen einziehen, deren Ergebnisse den betreffenden Fallen in der Casuistik angefügt sind. Ich werde jetzt zunächst die Einwirkung der Excochleation auf die einzelnen Krankheitserscheinungen und auf das Allgemeinbefinden der Operierten besprechen, wie sie in der nächsten Zeit post operationem zutage trat, und erst späterhin, soweit die nachträglichen Erhebungen dies gestatten, der Frage nähertreten, ob diese Einwirkungen von einiger Dauer waren oder alsbald wieder verschwanden.

Die in Zunächstfolgendem aufgeführten Erfolge der Excochleation beziehen sich lediglich auf die Zeit von der ausgeführten Operation ab bis zur Entlassung aus der Frauenklinik, enthalten also nur die klinischen Beobachtungen.

Indem ich dieselbe Reihenfolge einhalte, wie dies bei der Schilderung der Krankheitserscheinungen oben geschehen ist (cf. p. 13), beginne ich wieder mit dem häufigsten Symptom, der Blutung. Von den 7 Kranken (cf. Gruppe I der Tabelle),[1]) welche wegen Blutungen allein die Hilfe der Klinik in Anspruch nahmen, erfolgten nach der Excochleation bloss bei zweien Nachblutungen während der Beobachtungsdauer und zwar bei Fall 10 in mässiger Stärke 7 Tage post operationem, bei Fall 70 ziemlich stark 8 Tage nachher. Bei den 5 übrigen Kranken cessierten nach der Excochleation die Blutabgänge vollständig; besonders deutlich tritt dies hervor bei der Kranken 54, wo vor dem Eingriff heftige, fast tägliche Blutungen bestanden Auch Kranke 19, die wegen peritonitischer Erscheinungen 47 Tage in Behandlung verblieb, war in dieser Zeit ohne Nachblutung.

[1]) Die laufenden Nummern der betr. Patientinnen sind in der am Ende des Textes angefügten Tabelle angegeben.

Mit Blutungen, Ausfluss und Schmerzen (Gruppe II der Tabelle) gingen 26 Fälle zu. Bei 20 derselben blieben nach der Operation die Blutungen ganz aus — ich meine natürlich immer nur während der Zeit der klinischen Beobachtung — ebenso wurde bei ihnen auch kein Ausfluss bemerkt. Hervorzuheben ist der Fall 4. Er wurde nach der Operation 18 Tage beobachtet, es erfolgte keine Blutung und Patientin erholte sich zusehends von ihrer durch die früheren starken Blutverluste bedingten Anämie. Am 26. Oktober 1892 wurde sie daher entlassen. Kaum war sie wieder zuhause, so wurde sie von erneuter Blutung überrascht und trat am 28. Oktober wieder ein. Als die Ursache der letzteren wurden die in der Wundfläche von neuem gewucherten schwammigen Granulationen erkannt und wieder mit dem scharfen Löffel entfernt. Nach fast $1^1/_2$ Monaten Ruhe abermals ein heftiger Blutverlust. Aber eine dritte Auskratzung brachte der Erschöpften keinen Nutzen mehr, sie ging 8 Tage nach der letzten Operation an Anämie und Schwäche zu Grunde. Ob überhaupt bei einer derartig blutleeren und geschwächten Kranken, wie Patientin 4 vor der dritten Operation war, die Excochleation noch gemacht werden darf, bei welch letzterer es doch ohne einen für diese Verhältnisse immerhin sehr beträchtlichen Blutverlust nicht abgeht, muss entschieden in Zweifel gezogen werden. Mit einer exakten Tamponade wäre hier wahrscheinlich mehr, d. h. eine Verzögerung des Exitus erreicht worden.

Bei Fall 41, 47 und 98 stellte sich keine Nachblutung ein, dagegen färbte sich der vorhandene Ausfluss nach der Operation etwas blutig. Geringfügige Nachblutungen kamen vor bei Fall 59 am 2. und 3. Tage nach der Operation und bei 63 zwei Tage nach derselben. Bei 74 trat 6 Tage post op. eine heftige Blutung ein, die durch feste Tamponade der Scheide zum Stehen gebracht wurde.

Von den 27 Kranken der Gruppe III der Tabelle, welche an Blutungen und Schmerzen litten, kann ich bei 21 das Ausbleiben von Blutungen während der Beobachtungsdauer konstatieren. In dieser Hinsicht hervorzuheben sind die Fälle 32, sowie 7 und 44, welch letztere wegen Komplikationen länger

als gewöhnlich in Behandlung blieben; hier ist der Unterschied zwischen den ständigen Blutungen vor und dem Verschwinden derselben nach der Excochleation sehr augenfällig. Auch 66, 73 und 80 bieten denselben Gegensatz in hohem Masse.

Bei einer ganzen Anzahl dieser 21 Kranken findet sich einige Tage nach der Operation die Angabe: „Geringer Ausfluss, oder: Ausfluss gering, verschwindet bald ganz", was um so auffälliger ist, als diese Patientinnen vor der Excochleation, abgesehen von den Blutabgängen, keinerlei Ausfluss aus den Genitalien hatten. Es sind diese Ausflüsse post operationem wohl sicher darauf zurückzuführen, dass sich einige Tage nach derselben die durch die Ausbrennung der Wundhöhle mit dem Paquelin gebildeten Schorfe unter mässiger Eiterung abstossen, welcher Vorgang Veranlassung zu gedachten geringen Emanationen aus der Scheide gibt. Solche spärlichen Ausflüsse nach der Operation finden sich in den übrigen Fällen meiner Statistik noch häufig, hier sind sie nur besonders augenfällig.

Je eine starke Nachblutung kam vor bei Fall 46 und 67 dieser Gruppe (III) kurze Zeit nach der Operation. Bei 68 schwache Nachblutung, dagegen stellte sich zur Zeit der bald nachher wiederkehrenden Periode eine starke, profuse Blutung ein. Endlich weisen noch 3 Kranke (53, 57 und 58) geringere Nachblutungen auf, also zusammen 6 ungebesserte Fälle.

Damit wäre die Aufzählung der Kranken, *welche wegen Blutungen zugingen, erledigt. Im ganzen waren es 69; davon hatten 11 = 18,3 % auch nach der Auskratzung wieder Blutungen, während sie bei 49 Operierten während der Beobachtungsdauer ganz ausgeblieben, also 81,7 % Erfolge.*

Ich komme nun zur Besprechung des zweiten Hauptsymptoms des Uteruscarcinoms bezw. der Veränderungen, welche jenes nach der Excochleation aufwies. Die 26 Kranken der Gruppe II der Tabelle hatten bei ihrem Eintritt in die Klinik alle auch Ausfluss neben den soeben erörterten Blutungen und den später zu besprechenden Schmerzen. Unter diesen 26 war der Ausfluss zehnmal übelriechend. Bei 15 Kranken verschwand er nun nach der Operation ganz, bei 7 hatte der Eingriff bedeutende Besserung dieses Symptoms zur Folge, indem der vorher

reichliche Ausfluss nur noch in spärlicher Menge abging; nur viermal ist vollständiger Misserfolg zu verzeichnen; der Ausfluss bestand entweder unverändert fort oder wurde auch stärker und riechend. Es sind dies die Falle 4, 92, 96 und 98. Hier sei noch ausdrücklich angeführt, dass von den 15 mit ganzem Erfolg behandelten sowie von den 7 gebesserten Kranken 5 bezw. 3 vorher übelriechenden Ausfluss aufwiesen, während dieser auch bei letzteren post. op. geruchlos wurde. Es ist also die Excochleation auch ein ganz gutes Mittel, des penetranten Geruchs Herr zu werden, den diese Kranken verbreiten, wenigstens für einige Zeit. In dieser Beziehung leistet sie bedeutend mehr als alle Ausspülungen der Krebshöhle mit desinfizierenden Lösungen. Letztere sind stets nur ein Notbehelf, weil sie das Substrat für die Zersetzungsvorgänge, die zerfallenden Geschwulstmassen nicht zu entfernen vermögen, wie dies der scharfe Löffel thut. Oft sind sie aber unentbehrlich, z. B. wenn die Auskratzung wirkungslos blieb oder wegen Gefahr des Durchbruchs in einen benachbarten Hohlraum nicht mehr gründlich genug gemacht werden konnte. In der Münchener Klinik werden Ausspülungen mit 1% Lysol-Lösung mehrmals täglich angewandt. Es wurden solche gemacht bei der Kranken 92, wo der vorher weissliche Ausfluss nach der Operation sehr übelriechend geworden war, und bei 98.

Mit Ausfluss ohne erheblichere subjektive Beschwerden gingen 16 Kranke zu (Gruppe IV), davon 8 mit solchem von üblem Geruch. Bei 8 Operierten hörte der Ausfluss ganz auf (davon war er bei dreien vorher übelriechend gewesen), bei 5 Kranken wurde seine Menge so vermindert, dass er nur noch spärlich abging, auch der schlechte Geruch teilweise verschwand; 3 zeigten sehr wenig oder gar keine Besserung, nämlich die Fälle 3, 27 und 85.

Endlich sind noch aus Gruppe V der Tabelle 12 Fälle anzuführen, welche neben Leib- und Kreuzschmerzen auch Ausfluss hatten (der bei vieren übelriechend war). Von ihnen wurden durch die Excochleation 4 Kranke gänzlich von diesem Symptom befreit, 4 weitere erheblich gebessert; bei den übrigen, ebenfalls 4 Kranken, bestand der Ausfluss in kaum verminderter

Stärke fort, nämlich bei den Fällen 16, 24, 93 und 100. Die beiden erstgenannten Kranken bekamen am 3. und 4. bezw. am 9. und 11. Tag nach der Operation reichliche Blutabgänge aus den Genitalien; bei den zwei letzteren wurden wegen des üblen Geruchs Ausspülungen mit (ca. $^1/_2$‰ iger) Formalin-Lösung in Anwendung gebracht. Dasselbe Desinfektionsmittel wurde auch bei Fall 84 gebraucht, wo vor der Operation nur Kreuzschmerzen bestanden, nach derselben sich aber ein sehr übler Geruch aus den Genitalien einstellte. Im ganzen wurde in dieser Gruppe dreimal der Fötor durch die Operation beseitigt.

Fasse ich die Ergebnisse bezüglich des Einflusses der Excochleation auf dieses Symptom nochmals zusammen, so findet sich, *dass bei einem Gesamtzugange von 54 Kranken mit Ausfluss dieser post operationem während der Dauer der klinischen Beobachtung 27 mal = 50% ganz cessierte, 16 mal = 29,6% sehr gebessert resp. vermindert wurde, während 11 Fälle = 20,4% ganz ungebessert blieben.* Der im ganzen bei 22 Kranken vorhandene üble Geruch der Emanationen wurde in 17 Fällen zum Verschwinden gebracht.

Weit mehr, als es bei Blutung und Ausfluss der Fall ist, sind wir bei dem subjektiven Hauptsymptome des Uteruscarcinoms, den mannigfachen Schmerzen, auf die reine Empirie angewiesen, wenn es sich darum handelt, die Wirkung der Excochleation auf dieses Symptom festzustellen. Denn hier können wir, wie schon oben hervorgehoben, uns meist nicht so ohne weiteres wie bei jenen die Art und Weise erklären, wie die Operation die Ursache der schmerzhaften Sensationen günstig zu beeinflussen resp. zu beseitigen imstande ist. In manchen Fällen handelt es sich auch vielleicht um Reflexneuralgien. Die Schmerzen sind bei den 74 in Betracht kommenden Fällen meiner Zusammenstellung meist Leib- oder Kreuzschmerzen, stechend, bohrend, reissend, manchmal wehenartig, ausstrahlend in die Beine, in den Rücken, in die Magengegend u. s. w. (Die Beschwerden beim Urinieren und der Defäcation will ich unten besprechen.)

Von Gruppe II der Tabelle klagten 22 Kranke neben Blutung und Ausfluss auch über Schmerzen. Davon waren nach

der Operation 15 schmerzfrei. Nicht bei allen hörten die Schmerzen sofort nach dem Eingriff auf, sondern sie wurden zunächst geringer, um erst in den nächsten Tagen ganz zu verschwinden. Bei Fall 29 hatten sie vorher einen heftigen, wehenartigen Charakter gehabt. In 7 Fällen hielten die Schmerzen auch nach der Operation an resp. stellten sich sehr bald wieder ein. So war die Kranke 4 nach der ersten Excochleation schmerzfrei, bekam aber nach der zweiten Operation in der rechten Inguinalgegend und dem rechten Oberschenkel beträchtliche Schmerzen verbunden mit Anschwellung dieser Teile. Bei 98 stellten sich nach der Auskratzung intensive Schmerzen in der Magengegend sowie Blähungen ein.

In Gruppe III (Blutungen und Schmerzen) wurden von 27 Kranken 19 nach der Auskratzung ihrer Schmerzen ledig. Unter letzteren nimmt Fall 44 insofern eine Ausnahmestellung ein, als 3 Tage nach der Operation die Symptome einer diffusen Peritonitis auftraten, die sich über einen Monat hinzog. Zur Zeit der Entlassung befand sich Patientin ausgezeichnet und ganz schmerzfrei. Dagegen wurden bei 8 Kranken die Schmerzen nur sehr wenig oder gar nicht gebessert, sodass bei zweien von ihnen Morphium-Injektionen zuhilfe genommen werden mussten, nämlich bei den Kranken 17 und 53. Letzterer Fall ist ganz besonders wegen seiner heftigen, unvertreibbaren Schmerzen im Abdomen bemerkenswert.

Hauptsächlich oder fast ausschliesslich über Schmerzen in Kreuz und Leib etc. klagten 24 Kranke (Gruppe V der Tabelle). Unter diesen war nach der Operation die Hälfte ganz schmerzfrei. Von den übrigen 12 hatten 3 nachher nur noch geringgradige schmerzhafte Sensationen (darunter Kranke 100 gelegentliche zuckende Schmerzen im Os coccygis) und 9 Kranke endlich beträchtliche z. T. sogar äusserst heftige Leib- und Kreuzschmerzen. In 5 dieser letztgenannten Fälle waren täglich mehrmals Morphiumgaben nötig, teils subcutan, teils per os, um den Kranken ihre Leiden einigermassen erträglich zu machen. Bei Fall 93, der sich überhaupt schon in weit vorgeschrittenem Stadium befand, stellte sich ausserdem am 8. Tage post op. ein zeitweiser Singultus ein; Fall 24 behielt heftige Schmerzen in

den unteren Extremitäten und starb, nachdem sich das Befinden fortwährend verschlimmert hatte, nach ca. 2 Monaten an Kräfteverfall und Pyämie. Es fällt übrigens auf, dass in dieser Gruppe (V), wo die Schmerzen das hauptsächlichste oder alleinige Krankheitssymptom bildeten, welches die Frauen der Klinik zuführte, ein verhältnismässig viel höherer Prozentsatz der Kranken noch nach der Operation an heftigen, teilweise nur durch Morphium bezähmbaren Schmerzen litt, als in Gruppe II und III, wo die Schmerzen neben anderen Symptomen bestanden.

Zusammengenommen wurden von 73 Kranken mit Leib-, Kreuz- etc. Schmerzen 46 = 63% von diesem Symptom durch die Excochleation befreit, während bei 27 Operierten = 37% geringere oder heftigere Schmerzen fortbestanden, welch letztere in 7 Fällen die Verabreichung von Morphium nötig machten.

Vergleicht man die hinsichtlich der 3 Hauptsymptome durch die Excochleation erreichten Erfolge untereinander, so *stellt sich das Verhältnis der günstig beeinflussten Fälle zu den ungebesserten am erfreulichsten bei den Blutungen. Hier sind nur 18,3% Misserfolge zu verzeichnen; bei den Ausflüssen blieb der Eingriff in 20,4% der Fälle, bei den Schmerzen in 37% erfolglos.* Bezüglich des letztgenannten Symptoms gewinne ich den Eindruck, dass hier überhaupt der Erfolg der Auskratzung am unsichersten ist, indem sie bei heftigen Schmerzen bei weitem häufiger in ihrer günstigen Wirkung versagt, als dies bei starken Blutungen und Ausflüssen der Fall ist. Die Behandlung musste infolgedessen im ganzen bei 8 Kranken zum Morphium ihre Zuflucht nehmen. Eine direkte Verschlimmerung der Schmerzempfindungen durch die Operation selbst ist jedoch nicht nachzuweisen, da in diesen Fällen auch schon vorher starke Schmerzen bestanden.

Neben der günstigen Einwirkung der Excochleation auf die besprochenen Hauptsymptome gewinnt die Besserung einiger anderer Beschwerden, besonders der Funktionsstörungen der Blase und des Mastdarms eine mehr accessorische Bedeutung, die jedoch darum durchaus nicht zu unterschätzen ist. In $^1/_5$ der Fälle meiner Zusammenstellung enthalten die Krankengeschichten Angaben, dass vor der Operation Harndrang, Brennen

und Schmerzen beim Urinieren, Schmerzen in der Blasengegend etc. vorhanden waren. Cystitis purulenta wurde nur dreimal diagnostiziert, nämlich bei den Kranken 35, 36 und 38, deren Beschwerden durch zweckmässige Behandlung (Blasenausspülungen) nach der Excochleation sehr gemindert wurden. Von den übrigen klagten bei der Entlassung nur noch zwei über Schmerzen beim Urinieren; einige andere hatten dabei noch etwas Brennen. Einige Kranken mussten auch in den ersten Tagen post operat. kathetrisiert werden, ehe sie wieder spontan urinieren konnten.

Stuhlbeschwerden kamen sehr häufig vor. In den Krankengeschichten ist zwar nur bei 16 Kranken angegeben, dass vor der Operation Verstopfung, Schmerzen beim Stuhlgang (letzteres dreimal) u. s. w. bestanden; unzweifelhaft war aber die Zahl der mit ähnlichen Beschwerden Zugegangenen viel höher. Das lehrt schon der Umstand, dass bei der Entlassung immer noch $^1/_3$ aller Operierten an Obstipation litt, trotzdem von den oben genannten 16 Kranken post. operat. 9 (darunter auch die drei mit wirklichen Schmerzen beim Stuhlgang) in dieser Hinsicht ganz beschwerdefrei waren. 67 Patientinnen hatten zur Zeit der Entlassung regelmässigen Stuhlgang; bei mehreren derselben war die Darmfunktion nach der Operation erst nach vorübergehenden Diarrhöen zur Norm zurückgekehrt. Man darf aus diesem Verhalten wohl schliessen, dass die Obstipation nur in den seltensten Fällen die Folge einer direkten Mitbeteiligung des Rektums an der Erkrankung war, sondern lediglich von der Störung der Darmfunktion und des Allgemeinbefindens überhaupt herrührte.

Damit wäre ich bei der Einwirkung der Excochleation auf das allgemeine Befinden der Kranken angekommen; es ist dies ein sehr wichtiges Kapitel. Das Allgemeinbefinden bietet dem Arzt einen Masstab zur Beurteilung der eingeschlagenen Therapie hinsichtlich ihrer Zweckmässigkeit und ihres Erfolgs für den Gesamtorganismus der Kranken. Zunächst ist es hier von Interesse, zu wissen, in welcher Art letzterer auf die Excochleation reagierte. Es wurden im ganzen bei 32 Kranken nach der Operation Temperatursteigerungen beobachtet; davon waren sie

in 27 Fällen schnell vorübergehend und fast ausnahmslos nur mässigen Grades. In den übrigen 5 Fällen dagegen dauerte das Fieber längere Zeit an und war meist durch Komplikationen bedingt: zweimal durch Peritonitis, je einmal durch Erysipel und Pyämie (†); bei der Kranken 53 war die Temperatur andauernd febril, der Erfolg der Operation überhaupt ganz negativ. Sie war die einzige Operierte, welche nicht mit normaler Körperwärme entlassen werden konnte. Im ganzen darf also die störende Einwirkung der Excochleation auf die Körpertemperatur bei unkompliziertem Verlauf als ziemlich belanglos gelten.

Appetit und Schlaf zeigten, soweit die Krankengeschichten Angaben darüber enthalten, in zahlreichen Fällen einen günstigen Einfluss der Excochleation. Bei 9 Kranken ist eine Besserung des vor der Operation schlechten Appetits ausdrücklich vermerkt, bei weiteren 29 findet sich einfach nach derselben die Angabe: Appetit gut; 6 Kranke hatten auch noch bei der Entlassung keine Esslust. Ähnlich verhielt es sich mit dem Schlaf. Es klagten bei der Entlassung 11 Operierte über Schlaflosigkeit geringeren oder stärkeren Grades; bei 40 Kranken war der Schlaf nachher gut oder wenigstens befriedigend, nachdem er vor der Operation teilweise recht schlecht und unruhig gewesen war. Die übrigen Krankengeschichten enthalten über diesen Punkt keine Angaben.

Wenn man nachforscht, warum bei einer Anzahl Patientinnen der Schlaf auch nach der Operation andauernd schlecht blieb, so findet man als die Ursache dieser Störung fast ausnahmslos mehr weniger heftige Leib-, Kreuz- etc. Schmerzen. Andrerseits giebt es wieder Fälle, wo sich nach der Beseitigung der Schmerzen durch die Operation alsbald auch wieder ein besserer Schlaf einstellte. Die hartnäckigen Störungen des Appetits darf man sicherlich auf die Säfteverluste und die Anämie mittelbar zurückführen, wofür die Krankengeschichten ebenfalls zahlreiche Belege aufweisen. Gerade in diesen Fällen finden sich auch häufig Unregelmässigkeiten (Trägheit) des Stuhlgangs mit der Appetitlosigkeit verbunden. Man sieht, wie vielfach diese vegetativen Funktionen, welche in ihrer Gesamtheit ja das Verhalten des Allgemeinbefindens bedingen, unter einander in Zusammenhang

stehen, und wie ihre Störungen bei unsern Kranken wiederum abhängen von den oft genannten Hauptsymptomen der Krankheit. Die oben gemachte Voraussetzung, dass nach der Beseitigung resp. Milderung der letzteren durch die Excochleation das Allgemeinbefinden gebessert würde, findet sich in den Krankengeschichten vollauf bestätigt.

Endlich wäre noch der Einfluss der Operation auf die durch das Uteruscarcinom bezw. durch seine Symptome bedingten Schwächezustände festzustellen. Bei der Aufnahme klagten im ganzen 17 Kranke über Mattigkeit und (teilweise sehr hochgradige) Schwäche oder über Abmagerung. Von ihnen starb Fall 24 nach fortwährender Zunahme der Entkräftung an Pyämie, 6 Kranke mussten entlassen werden, ohne dass es gelungen wäre, die Entkräftung resp. Abmagerung nach der Operation zu beheben; bei 3 Entlassenen fehlen diesbezügliche Angaben, endlich 7 Kranke wurden sehr gebessert. Wenn man bedenkt, dass Abmagerung und Entkräftung doch meist Zeichen einer schon längeren Dauer und somit weiteren Ausbreitung der lokalen Erkrankung sind, so wird diese letztgenannte Zahl (7) noch immerhin einen befriedigenden Erfolg bedeuten. Es wäre sehr schätzenswert gewesen, wenn ich zur genaueren Konstatierung des Erfolgs in diesen Fällen sowohl, als auch zur Beurteilung der Veränderung im allgemeinen Befinden aller meiner Kranken Angaben über das Körpergewicht bei der Aufnahme und bei der Entlassung aus der Klinik hätte heranziehen können; da leider aber solche Gewichtsbestimmungen nicht gemacht worden sind, muss ich auf diesen nicht unwichtigen Indikator der Erholung verzichten.

Im ganzen kann ich konstatieren, *dass von den 100 Kranken meiner Zusammenstellung 79 bei der Entlassung eine mehr oder minder augenfällige Besserung der einzelnen Symptome sowie des Allgemeinbefindens aufwiesen gegenüber dem Zustand bei ihrem Eintritt in die Klinik.* Diese Besserung muss in erster Linie der Excochleation zugeschrieben werden, wenn auch nicht zu läugnen ist, dass auch noch andere Faktoren, wie körperliche Ruhe, bessere Pflege in der Klinik u. s. w. ihren Anteil daran haben. 21 Kranke zeigten nach der Operation ganz geringe

resp gar keine Besserung ihres Zustandes, d. i. *unter 5 Excochleationen ein vollständiger Misserfolg.*

Damit wäre das Verhalten der Kranken von der Operation bis zur Entlassung aus der Klinik in allen Einzelheiten, welche mir die Krankengeschichten an die Hand geben, erschöpft, und ich kann zu dem weit kürzeren zweiten Teil meiner Arbeit übergehen: Wie lange hielten die erreichten Erfolge an? In 29 Fällen konnte ich noch die ferneren Schicksale der Operierten nach der Entlassung ausfindig machen. Drei von diesen Erhebungen beziehen sich auf gänzlich erfolglos operierte Kranke; die übrigen 26 wurden als gebessert entlassen. Von letzteren wurden nun alsbald nach ihrer Rückkehr nach Hause 6 = 23% der gebessert entlassenen rückfällig, während bei 20 = 77% die Besserung für die nächste Zeit anhielt. Die Dauer der beschwerdefreien Zeit von der Entlassung an gerechnet schwankte bei letzteren zwischen ½ und 6 Monaten und betrug im Mittel 1,7 Monate (von der Operation ab gerechnet gerade 2 Monate). In einigen Fällen waren die Operierten während des Stillstandes der Erkrankung auch wieder arbeitsfähig und konnten ihren häuslichen Verrichtungen nachgehen. Kranke 16, bei welcher die Operation am 21. Januar 1893 erfolglos geblieben war, hatte von einer früheren Excochleation (im August 1892) einen besseren Erfolg gehabt, 5 Wochen Wohlbefinden. Ähnlich war es bei der Kranken 61. Die Aussichten auf einen guten Erfolg der Excochleation vermindern sich immer mehr, je weiter der Zerfall um sich greift. Bei den gebesserten Fällen stellten sich dann nach längerem oder kürzeren Stillstand die Symptome wieder ein, teils in derselben Kombination wie vor der Excochleation, teils unter Ausbleiben eines und Hinzutreten eines andern, früher nicht vorhandenen Hauptsymptoms. In den Fällen, wo durch die Excochleation kein Erfolg erzielt wurde oder die Besserung nach der Entlassung alsbald wieder einer Verschlimmerung Platz machte, waren es besonders die heftigen Schmerzen, welche hartnäckig jeder Therapie trotzten und häufig bis zum Tode anhielten.

Von den 30 mir bekannten Ausgängen der Krankheit (2 Operierte starben in der Klinik, bei 28 Entlassenen wurde

der erfolgte Tod durch nachträgliche Erhebungen festgestellt) kommen 17 auf Erschöpfung, 1 auf Pyämie, 5 auf Urämie († im Coma) und 7 auf Erschöpfung mit hinzutretenden unzweifelhaft urämischen Symptomen (heftiges Erbrechen in der letzten Lebenszeit). Über das Nähere vergleiche man die den betreffenden Fällen angefügten Notizen.

Wenn ich die aus den späteren Erhebungen gewonnenen Ergebnisse *auf alle meine 100 Fälle berechne, ergiebt sich, dass bei 60,8 % (= 3/5) sämtlicher Operierten die Excochleation mit günstigem, nach der Entlassung 1/2 bis 6 (im Mittel 1,7) Monate anhaltendem Erfolg gemacht wurde,* während welcher Zeit die Symptome sistierten, und das Allgemeinbefinden sich bedeutend hob. Bessere Resultate in Bezug auf die Dauer des Aufhörens von Blutung und Ausfluss als die soeben angegebenen wollen E. Fränkel und Sänger erzielt haben durch energische, mehrmals wiederholte Chlorzink-Tamponade (2 : 3 Aqua auf Watte) nach Abstossung der Paquelin-Schorfe. Fritsch rät jedoch sehr dringend von diesem Verfahren ab, weil es zur Bildung enorm fester Narben führe, welche späterhin durch ihre Kontraktion dauernd die quälendsten Schmerzen verursachen. Derartige heftige Schmerzen machen aber auch bei Ausbleiben von Blutung und Ausfluss von vornherein jeden Erfolg der Excochleation illusorisch. Man vergleiche nur z. B. Fall 17 und 18.

Was die Indikationen zur Ausführung der Excochleation bei vorgeschrittenem Uteruscarcinom anlangt, so muss ich auf dieselben hier noch kurz eingehen. In erster Linie erfordern Blutung und Ausfluss die Auskratzung. Man muss ihre Quelle beseitigen und excochleiere also unbedingt bei Vorhandensein weicher, bröckeliger und zerfallender Tumormassen. Die *Schmerzen allein* möchte ich dagegen *nicht* so allgemein als Anzeige zur Excochleation hinstellen; denn gegen sie vermag die Operation am wenigsten. Bei fehlender Ulceration, so besonders bei scirrhösen Formen, widerrate ich auch bei Vorhandensein starker Schmerzen die Excochleation entschieden; die Schmerzen werden, wie ich gezeigt habe, in diesen Fällen nach der Operation meist doch fortbestehen und zudem wird da, wo vorher die Schleimhaut noch intakt war, ein Substanzverlust gesetzt, dessen Wände

Sekret liefern und dessen Heilung durchaus nicht unbedingt sicher ist. Man wartet hier besser den spontanen Eintritt der Ulceration ab und behandelt die Schmerzen symptomatisch.

Direkt contraindiziert ist die Excochleation bei Gefahr eines Durchbruchs in Blase oder Rectum und bei drohender Peritonitis (cf. Fall 19). Diesen beiden Gegenanzeigen möchte ich als weitere noch hinzufügen das Bestehen einer sehr hochgradigen Körperschwäche (wie solche z. B. bei Fall 4 vor der letzten Excochleation existierte). Wenn die Kranken einmal so entkräftet sind, dass sie die Operation nicht mehr ohne Gefahr zu überstehen versprechen, so unterlässt man dieselbe besser; man riskiert sonst, dass die Operierten in den nächsten Tagen auslöschen und die Schuld an ihrem Tod von den Angehörigen dem Arzt zugemessen wird.

Bei genauer Einhaltung der aufgeführten Anzeigen pro et contra verbessert sich das Resultat von 60,8 % temporärer Sistierung der Symptome und Hebung des Allgemeinbefindens wahrscheinlich noch etwas. Die ungebesserten und gänzlich inoperabeln Fälle sind dagegen der rein medikamentösen Therapie zu überweisen, deren Aufgabe es ist, die einzelnen Symptome durch blutstillende Injektionen in die Scheide, im Notfall durch Jodoformgaze-Tamponade derselben, durch desinfizierende und desodorisierende Ausspülungen, durch Narcotica und bei drohender Harnverhaltung und Urämie durch Diuretica nach Kräften zu bekämpfen.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, Herrn Geheimrat Professor Dr. F. von Winckel für die Überlassung des Materials zu vorliegender Arbeit sowie für die Übernahme des Referats meinen besten Dank auszusprechen.

Zur Erleichterung der Übersicht habe ich die Kranken nach ihren jeweiligen Hauptsymptomen bei der Aufnahme in nachstehende 5 Gruppen eingeteilt:

Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	Gruppe IV	Gruppe V
Blutungen	Blutungen u. Ausfluss (in den mit * bez. Fällen auch Schmerzen)	Blutungen und Schmerzen	Wässeriger oft blutig gefärbter Ausfluss	Leib- u. Kreuzschmerzen (in den mit * bez. Fällen zugleich Ausfluss)
10	4 *	5	1	14 *
18	8 *	7	2	16 *
19	9 *	11	3	24 *
33	26 *	15	6	28
37	29 *	17	12	31
54	34	20	13	38
70	39 *	21	23	40
	41 *	22	27 Total-exstirp.	42 *
	43 *	25	36	45 *
	47 *	30	50	48 *
	59 *	32	71	49
	60 *	35	72	51 *
	61 *	44	78	52
	62 *	46	79	55
	63 *	53	85	69 *
	64	56	90 Total-exstirp.	75
	74 *	57		81 *
	76 *	58		84
	77 *	65		91
	87	66		93 *
	88 *	67		94
	89 *	68		97
	92	73		99 *
	95 *	80		100 *
	96 *	82		
	98 * Total-exstirp.	83		
		86		

Kasuistik.

1892

1) M. R. 45 Jahre, mässig kräftig. Seit IV. 92 fortwährender, reichlicher, blutig-wässeriger Ausfluss. Befund: Portio in kleinapfelgrossen, derben, knolligen Tumor verwandelt, Uterus ganz unbeweglich. Diagn.: Cancroide Papillargeschwulst der Portio.

Excochleiert am 13. IX. Keine Nachblutung, ganz geringer wässeriger Ausfluss. Anfänglich nach der Operation ganz geringe Leibschmerzen, dann schmerzfrei. Allgemeinbefinden, Schlaf, Appetit gut. Temperatur normal, Stuhl, Urin spontan. Steht auf am 23. IX. Entlassen am 25. IX.

2) K. H. 35 J., mittelkräftig. Seit Mitte der letzten Gravidität (Geburt vor 2 Monaten) stinkender, oft mit Blut vermischter Ausfluss. Anämie. Befund: Scheide kurz. Man kommt sofort auf einen höckerigen Tumor. Rechtes Vaginalgewölbe infiltriert. Diagn.: Cancroide Papillargeschwulst der Portio.

Excochleiert am 13. IX. Keine Nachblutung, Ausfluss gering, wässerig, geruchlos. Keinerlei Schmerzen. Allgemeinbefinden sehr gut, Appetit vorzüglich. Temperatur normal. Urin spontan. Stuhl nach vorübergehender Diarrhoe normal. Entlassen am 22. IX.

Bald nach der Entlassung anhaltende Schmerzen, die ständige Morphium-Injektionen nötig machten. Übelriechender Ausfluss kehrte zurück. Stuhl, Urin spontan, Appetit, Schlaf wechselnd, meist gering. 2 Tage vor dem Tode starke Blutung. † 15. V. 93.

3) A. G. 54 J., ziemlich kräftig. Seit 3 Jahren wässeriger, stark riechender, hie und da blutiger Ausfluss. Befund: An Stelle der Portio derber, apfelgrosser, unverschieblicher Tumor. Starke fötide Sekretion. Anämie. Diagn.: Portiocarcinom.

Operiert 26. IX. Keine Nachblutung, Ausfluss spärlich, übelriechend. Keine Schmerzen. Wohlbefinden. Schlaf, Appetit gut. Temp. am 28. IX. vorübergehend bis 38,4 gesteigert. Urin, Stuhl spontan. Entlassen am 1. X.

4) C. Sch. 38 J., abgemagert. Seit XII. 91 Periode unregelmässig, dabei starke Blutungen und Leibschmerzen. Weisser Fluss. Befund: An der Cervix kleinapfelgrosser Tumor. Anämie. Diagn.: Caner. Papillargeschwulst der Portio.

Operiert 8. X. ohne Narkose wegen der Anämie. Keine Nachblutung vom 24. X. ab wieder Ausfluss. Keine Schmerzen. Subjektives Wohlbefinden.

1892

Sch. erholt sich sichtlich, besonders Anämie und Appetit bessert sich. Temp. unregelm. Stuhl, Urin spontan. Seit 22. X. zeitweise ausser Bett. Entlassen 26. X.

Wiedereintritt wegen Blutung 28. X. Bef.: Es sind wieder neue, weiche Wucherungen in der alten Wundfläche resp. Narbe aufgetreten.

II. Operation 31. X. Keine Blutung während des ganzen XI. Am 8. XII. starke Blutung, Jodoformgazetamponade. Grosse Schwäche. Rechte Leistengegend, rechter Oberschenkel schmerzhaft angeschwollen. Trotz Schwäche und Anämie gutes subjektives Befinden. Appetit gut. Temp. unregelm., oft gesteigert bis 39,2. Stuhl, Urin spontan.

III. Operation 9. XII. Nachher sehr schwach, klagt über Leibschmerzen. Schwäche nimmt zu. 13. XII. Bewusstlosigkeit, anhaltend kleiner Puls. 15. XII. †.

5) E. M. 45 J., kräftig. Im V. 92 starke Blutung. Seitdem heftige Kreuzschmerzen. Bef.: Muttermundslippen laceriert, mit leicht blutenden Excrescenzen bedeckt. Linkes Parametrium infiltriert. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 11. X. Keine Nachblutung, kein Ausfluss. Leichte Schmerzen im Unterleib. Wohlbefinden. Schlaf gut. Temp. normal. Stuhl, Urin spontan. Entlassen 19. X.

6) F. Z. 58 J., kachektisch. Seit V. 92 fortwährender Ausfluss. Bef.: Scheide oben höckerig, ebenso Portio. Mmlippen zerklüftet, leicht blutend, lassen die Fingerspitze durch. Uterus links fixiert. Diagn.: Portiocarcinom.

Operiert 23. XI. Keine Nachblutung, kein Ausfluss. Vorübergehende, geringe Leibschmerzen. Gutes Allgemeinbefinden. Appetit bessert sich sehr. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl träge, erfolgt auf Einlauf. Entlassen 29. XI.

7) M. T. 50 J., ziemlich kräftig. Periode seit 1 Jahr unregelm. Seit 3 Monaten anhaltende Blutabgänge, Leibschmerzen. Bef.: Vordere Mmlippe verdickt, verlängert, stark höckerig, leicht blutend; Cervix nach rechts hinten fixiert. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 19. XI. Keine Nachblutung, kein Ausfluss. Verlauf compliciert durch hinzutretendes Erysipel beider Oberschenkel mit hohem Fieber (bis 40,4). Vom 10. XII. ab wieder normale Temp. und Wohlbefinden. Keine Schmerzen. Stuhl, Urin spontan. Entlassen 14. XII.

8) M. L. 43 J., schwächlich. Seit Sommer 1892 Blutungen sowie Schmerzen und Ausfluss. Bef.: Blumenkohlartige Geschwulst an der Portio. Ligg. lata infiltriert. Anämie. Diagn.: Cancr. Papillargeschwulst der Portio.

Operiert 19. XI. Keine Blutung, kein Ausfluss. Anfänglich viel Erbrechen. Keine Schmerzen. Vom 21. XI. ab gutes Allgemeinbefinden. Appetit wird gut. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl angehalten, erfolgt auf Einlauf. Entlassen 25. XI.

Zu Hause wieder Verschlimmerung, wird bettlägerig. Blutungen, starke andauernde Schmerzen. Kein Ausfluss. Bald auch Stuhl- und Urinbeschwerden. Schlaf, Appetit gering. † 27. I. 1894.

9) L. D., 36 J., ziemlich kräftig. Seit 6 Monaten anhaltende Blutungen, starkriechender Ausfluss. Schmerzen in der linken Seite und im Kreuz.

1892

Bef.: Portio fast ganz zerstört. Cervix umschliesst eine hühnereigrosse Höhle mit höckerigen Wandungen. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 23. XI. Keine Nachblutung, kein Ausfluss, keine Schmerzen. Allg. Bef., Schlaf gut. Temp. unregelm., nicht erhöht. Urin erst mit Katheder, dann spontan entleert. Stuhl angehalten. Entlassen 28. XI.

$2^1/_2$ Monate relat. Wohlbefinden. Mitte II. 93 wieder vorgestellt mit gutem Aussehen und Appetit. Dabei stets etwas Blutabgang. Von Ende II. ab Verschlimmerung. Ausfluss, mässige Schmerzen, Blutungen, Verstopfung. Sub finem sehr heftige Diarrhoeen. † 29. VI. 93 an Erschöpfung.

1893

10) S. H., 53 J., anämisch. Periode letzte Zeit unregelm., mehrtägige Blutung. Schwäche, Verstopfung. Bef.: Portio blumenkohlförmig verdickt, Mmund durchgängig, reichliches schleimig-blut. Sekret. Diagn.: Portiocarcinom.

Operiert 7. I. 1893. Am 14. I. Nachblut. von mässiger Stärke, auf heissen Einlauf stehend. Kein Ausfl., keine Schmerzen. Allg. Bef. schlecht. Schlaf, Appetit gering; Schwäche, oft Übelkeit. Temp. normal. Urin spontan, Stuhl angehalten. Entlassen 16. I. auf eigenen Wunsch.

11) W. St., 41 J., schwächlich. Beständiger Blutabgang, starke Kreuzschmerzen, Brennen beim Urinieren. Bef.: Portio knollig verdickt, im Centrum zerfallend, Vaginalgewölbe infiltriert, Uterus fixiert. Diagn.: Cancr. Papillargeschwulst.

Operiert 13. I. Keine Nachblut., geringer Ausfl., dauernd geringe Kreuzschmerzen. Allg. Bef. befriedigend. Schlaf, Appetit wechselnd. Temp. normal. Urin spontan, Stuhl wird regelm. Entlassen 21. I.

12) A. S., 49 J., mittelkräftig. Kopfschmerzen. Scheidenausfluss. Bef.: Hintere Mmlippe knollig verdickt, nach hinten fixiert, Vag.-Gewölbe infiltriert. Diagn.: Cancr. Pap. Geschwulst der hinteren Mmlippe.

Operiert 13. I. Keine Nachblut., sehr wenig Ausfl., keine Schmerzen. Allg. Bef. gut, Schlaf, Appetit bessern sich. Temp. normal. Vom 17. I. ab Stuhl regelm. Entlassen 21. I.

13) K. B., 34 J., schwächlich. Viel stinkender Ausfl., Blutabgänge, Kreuzschmerzen, tropfenweises Urinieren. Bef.: Beide Mmlippen höckerig verdickt. Diagn.: Cancr. Pap. Geschwulst beider Lippen.

Operiert 13. I. Keine Nachblut., etwas Ausfl. Vorübergehende Leibschmerzen. Nervöse Aufregung, Schlaf schlecht, Appetit gut. Temp. normal. Urin, Stuhl spontan. Entlassen 21. I.

14) B. H., 43 J., mittelkräftig. Leib- und Kreuzschmerzen nach den Schenkeln ausstrahlend. Copiöser, blutiger Ausfl. Bef.: Im äuss. Mmund zahlreiche Protuberanzen. Uterus nicht vergrössert, wenig beweglich. Diagn.: Cancroid der Cervix.

Operiert 13. I. Keine Nachblut., geringer Ausfl., Schmerzen im linken Bein. Schlaf schlecht wegen der Schmerzen im linken Bein. Temp. normal. Appetit gut. Urin, Stuhl spontan. Entlassen 21. I.

1893

15) Th. G., 51 J., schwächlich. Zeitweise Blutungen. Leibschmerzen. Bef.: An der Portio bohnengrosse, derbe Prominenz. Uterus rechts fixiert. Diagn.: Cancroid der Portio.

Operiert 13. I. Keine Nachblut., geringer Ausfluss. Keine Schmerzen. Schlaf befriedigend. Nach der Operat. geringe vorübergehende Temperatur-Steigerung. Appetit gut. Urin spontan. Stuhl zieml. regelm. Entlassen 21. I.

16) A. H., 36 J., schwächlich. Im VIII. 92 bereits hier excochleiert. Jetzt wieder Schmerzen im Kreuz, in den Parametrien. Blutiger, übelriech. Ausfl. Bef.: Starke Abmagerung. Hinter der vorderen Vaginalwand ein Tumor, entsprechend der vorderen Mmlippe. Parametrien infiltriert. Diagn.: Cancroid der Cervix, Recidiv.

Operiert 21. I. Am 23. und 24. I. Nachblutungen. Zeitweise blutiger Ausfl. Meist schmerzfrei. Schlaf meist gut. Vom 22.—24. I. geringes Fieber. Appetit mässig. Urin, Stuhl spontan. Entlassen 30. I.

Nach der Entlassung bald andauernde, sehr heftige Leib- und Kreuzschmerzen, die Morphium unentbehrlich machten. Stets bettlägerig. Ausfl. und Abmagerung immer stärker. Ödem der Beine. Stuhl angehalten, zeitweise auch diarrhoisch. † 2. X. 93 comatös. (NB. Nach der I. Operat. im VIII. 92 fünf Wochen Wohlbefinden).

17) L. M., 46 J., kräftig. Blutungen, Kreuzschmerzen. Periode unregelm. Bef.: Mmlippen in central zerfallende Tumoren verwandelt. Scheidengewölbe ergriffen, corp. uteri frei. Diagn.: Cancroid beider Mmlippen.

Operiert 21. I. Keine Nachblut., geringer Ausfl. Dauernde Leib- und Kreuzschmerzen (tägl. $2 \times 0{,}01$ Morphium inj.). Allg. Bef., Schlaf wechselnd. Appetit befriedigend. 24. I. mässiges Fieber. Urin spontan. Stuhl unregelm. Entlassen 2. II.

Zu Hause bis zum Tode heftige Schmerzen (Morphium unentbehrlich). Wenig Blutungen, guter Kräftezustand, noch 1 Jahr lang arbeitsfähig. Erst Anfang 1894 auffällige Körperabnahme, starker Foetor, schlechter Appetit und Schlaf. Selten Erbrechen. Urin spontan. Stuhl sehr angehalten. † 16. IV. 1894.

18) F. K., 60 J. kräftig. Blutungen. Stuhl- und besonders Urinbeschwerden. Abmagerung. Bef.: Uterus etwas vergrössert, anteflectiert. Mmund erweitert, mit bröckeligen Massen erfüllt. Parametrien infiltriert. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 24. I. Keine Nachbl. Ausfl. anfangs spärlich, dann dauernd reichlich. Bedeutende Schmerzen im Leib und besonders beim Urinieren. Schlaf schlecht wegen der Schmerzen. Appetit gering. 1. II. Ohnmachtsanfall. Temp. normal. Urin- und Stuhlbeschwerden. Entlassen 7. II.

Zu Hause hielten die starken Schmerzen an (dauernd Morphium). Seit III. 93 im städt. Krankenhaus München, dort nochmals erfolglos operiert, † 28. XI. 93 unter uräm. Bewusstseinstrübung.

19) A. H., 41 J., schwächlich. Blutungen seit 1891. Periode unregelm., sehr stark. Abmagerung. Stuhl träge. Leib gespannt, empfindlich. Bef.:

1893

An Stelle der Portio kraterförmige Höhle, mit bröckeligen Massen erfüllt. Ligg. lata infiltriert. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis. Beginnende Peritonitis.

Operiert 27. I. Keine Nachblut., Ausfl. mässig. Andauernde bedeutende Leibschmerzen (Morphium). Schlaf meist schlecht, wenig Appetit. Temp. nach der Operat. bis gegen Ende II. febril mit einzelnen Steigerungen bis 39,6. Urinieren schmerzhaft. Entlassen 15. III.

20) A. L., 48 J., kräftig. Seit XI. 92 fortwährende Blutungen und Kreuzschmerzen. Harnbeschwerden. Verstopfung. Bef.: An der vorderen Mmlippe blumenkohlartige Geschwulst. Rechtes Vag.-Gewölbe infiltriert. Diagn.: Cancr. Pap.-Geschwulst.

Operiert 8. II. Keine Nachblut., kein Ausfl., keine Schmerzen. Allg. Bef., Schlaf, Appetit gut. Temp. normal. Urin spontan mit etwas Brennen. Stuhl träge, erfolgt auf Einlauf. Entlassen 21. II.

6 Monate Wohlbefinden. Arbeitsfähigkeit. Dann wieder starke Blutungen, keine Schmerzen. Nochmals auswärts excochleiert. Urin und Stuhl dauernd ohne Beschwerden. † 19. X. 94 nach vorherigem häufigen Erbrechen, ohne Bewusstsein.

21) B. H., 37 J., kräftig. Seit 5 Wochen Schmerzen im Kreuz und linken Schenkel. Seit 8. II. andauernd starke Blutungen. Bef.: Hinter dem Mmund eine trichterförmige Höhle, von derben Massen umwandet. Parametrien infiltriert. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 17. II. Keine Nachblut., geringer Ausfl. Keine Schmerzen, ausser etwas Brennen beim Urinieren. Befinden, Schlaf, Appetit gut. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl auf Einlauf. Entlassen 24. II.

1 Monat Wohlbefinden, dann heftige, temporäre Schmerzen. Blutungen kehrten nicht wieder. Kein Ausfl. Stuhl- und Harnbeschwerden. Appetit schlecht, Schlaf nur auf Hypnotica. † 13. V. 95.

22) J. T., 61 J. gutgenährt. Seit VIII. 92 zunehmende unregelm. Blutungen. Kreuzschmerzen. Schlaf schlecht. Bef.: An der Portio blumenkohlartige Neubildung. Uterus links fixiert. Diagn.: Cancr. Pap. Geschwulst.

Operiert 17. II. Keine Nachblut. Ausfl. gering, verschwindet bald ganz. Keine Schmerzen, Brennen beim Urinieren. Befinden, Schlaf gut. Temp. normal nur am 24. II. 38.2. Urin spontan. Stuhl unregelm. Entlassen 27. II.

23) M. Ch., 42 J., schwächlich. Seit XI. 92 Ausfl. mit Abgang stinkender bräunlicher Klumpen. Schmerzen im Schoss. Abmagerung. Bef.: Cervicalkanal bis zum Os ext. tief ulceriert, Uterus fixiert. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 17. II. Keine Nachblut. Anfänglicher Ausfl. verschwindet bald ganz. Keine Schmerzen, Befinden gut, Schlaf befriedigend. Temp. am 18., 20., 51. II. gesteigert bis 39.4 (3 × tägl. Chinin 0,5), dann wieder normal. Urin spontan. Stuhl unregelm. Entlassen 27. II.

24) M. R., 47 J., mittelkräftig. Seit VII. 92 Ausfl., später auch Kreuzschmerzen. Zunehmende Mattigkeit. Bef.: Mmlippen knollig vergrössert, Vag.-Gewölbe infiltriert. Diagn.: Cancr. Pap. Geschwulst.

Operiert 22. II. 3. u. 5. III. reichliche Blutabgänge. Ausfl. besteht fort.

1893

Heftige Schmerzen in den unteren Extremitäten (Morphium-Inj.) Allg. Bef. sich andauernd verschlimmernd. Ödem der Beine, Obstipation. Starker Decubitus am Kreuzbein. Pyämisches Fieber, Verfall der Kräfte. † 19. IV.

25) A. Sch., 49 J., kräftig. Seit IX. 92 wiederholte schwache und starke Blutungen. Kreuzschmerzen. Bef.: Mmlippen auseinandergedrängt durch höckerige, im Halskanal sitzende Massen. Uterus etwas fixiert. Diagn.: Cancroid der Cervix.

Operiert 25. II. Keine Nachblut. Ausfl. gering. Schmerzen wechselnd, nach den Schenkeln ausstrahlend. Befinden befriedigend. Vom 26. II. bis 2. III. geringes Fieber. Urin, Stuhl spontan.

26) A. B., 36 J., ziemlich kräftig. Seit IX. 92 starke Blutungen, stechende Kreuzschmerzen. Ausfl., Kopfweh. Bef.: Hintere Mmlippe verdickt, zeigt thalergrosse, leicht blutende Ulceration. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 14. III. Keine Nachblut. Ausfl. gering. Keine Schmerzen. Allg. Bef. gut, Stuhl regelm. Urin spontan. Keine Beschwerden. Entlassen 22. III.

II. Excochleation der wieder gewucherten Neubildung am 21. V. Keine Nachblut. Ausfl. verschwindet. Befinden, Schlaf gut. Stuhl regelm. Entlassen 29. V.

3 Wochen Wohlbefinden, dann wieder Blutungen, anhaltende Schmerzen u. Ausfl. Stuhl- u. Urinbeschwerden. Seit der Verschlimmerung Schlaf, Appetit gering. † 4. III. 94.

27) A. G., 36 J., kräftig. 18. III. 93 wegen cancr. Pap. Geschwulst Totalexstirpation des Ut. mit partieller Kreuzbeinresektion nach Kraske-Herzfeld. Bis IX. 93 war wieder ein apfelgrosser Tumor gewuchert. Reichlicher, blutig gefärbter Ausfl. Diagn.: Recidiv ausgehend von der Narbe in der Vagina.

Excochleiert 1. IX. Anfangs viel blutiger Ausfl., der aber abnimmt. Mässige Leib- und Kreuzschmerzen. Schlaf meist schlecht, Appetit gut. Temp. mässig febril (bis 38.5). Stuhl, Urin spontan. Entlassen 8. IX.

28) A. F., 36 J., schwächlich. Hochgradige Schwäche. Schmerzen im Kreuz u. der linken Seite. Bef.: Mmund dreimarkstückgross, ausgefüllt von einem höckerigen Tumor. Uterus etwas vergrössert. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 17. IV. Keine Nachblut. Starke Kreuzschmerzen (Morphium-Inj.). Nach der Operation häufiges Erbrechen. Grosse Schwäche. Temp. normal. Obstipation, die auf Einlauf weicht. Entlassen 22. IV.

29) F. B., 51 J., mittelkräftig. Seit II. 93 Blutungen und heftige wehenartige Schmerzen im Kreuz. Leicht übelriechender, reichlicher blutiger Ausfl. Schlaf schlecht. Bef.: Mmund durchgängig. Dahinter von der Cervixwand ausgehende Tumoren. Uterus fixiert. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 13. V. Keine Nachblut., kein Ausfl., keine Schmerzen. Allg. Bef. sehr gut. Schlaf, Appetit gut. Temp. normal. Urin, Stuhl spontan, ohne Beschwerden. Entlassen 18. V.

30) M. K., 33 J., mittelkräftig. Blutabgänge, Kreuzschmerzen. Abends Frösteln, Kopfweh. Bef.: Mmund durchgängig; im Cervicalcanal starke Rauhig-

keiten. Uterus faustgross, ziemlich weich, am Fundus knollige Hervorragung. Diagn.: Carcinoma cervicis et corporis uteri.

Operiert 10. V. Keine Blutung. Ausfl. verschwunden, keine Schmerzen. Wohlbef. Schlaf gut. Nach der Operat. geringes Fieber. Stuhl, Urin spontan. Entlassen 15. V.

Bald nachher wieder Blutungen und aussetzende, teilweise sehr starke Schmerzen. Ausfl., der übelriechend wird. Verstopfung. Harnbeschwerden bald nach der Entlassung. Schlaf, Appetit schlecht. † 25. X. 94.

31) U. H., 42 J., mittelkräftig. Seit 4 Monaten Leibschmerzen. Arbeitsunfähigkeit, Appetitlosigkeit. Bef.: Mmlippen innen mit erbsengrossen, harten Knoten bedeckt. Dazwischen Granulationen. Uterus rechts fixiert. Diagn.: Carc. fibrosum cervicis.

Operiert 13. V. Keine Nachblut. Erst kein, dann geringer Ausfluss. Andauernde Unterleibsschmerzen. Schlaf meist schlecht. Appetit befriedigend. Urin spontan. Stuhl unregelm. Entlassen 25. V.

32) U. B., 46 J., mittelkräftig. Seit XII. 91 Leib- und Kreuzschmerzen, sowie ständiger Blutabgang. Bef.: Wandung des Cervicalkanals uneben, weich, schwammig. Vag.-Gewölbe höckerig. Diagn.: Cervixcarcinom.

Operiert 5. VI. Keine Nachblut., kein Ausfl., keine Schmerzen. Wohlbefinden, Schlaf gut. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl nach anfänglicher Obstipation regelm. Entlassen 16. VI.

33) E. W., 49 J., kräftig. Häufige Blutverluste aus den Genitalien. Bef.: Portio etwas knollig. Im durchgängigen Mmund fühlt man bröckelige, leicht blutende Massen. Uterus fixiert. Diagn.: Cancr. Ulceration der Cervix.

Operiert 7. VI. Keine Nachblut., kein Ausfl., keine Schmerzen. Wohlbefinden. Schlaf, Appetit andauernd gut. Nach der Operat. vorübergehendes Fieber bis 38.5. Stuhl angehalten. Urin spontan. Entlassen 17. VI.

Zu Hause ½ Monat Wohlbefinden. Dann wieder anhaltend Blutungen und bald auch Ausfl. und Schmerzen. Urinentleerung bleibt normal. Stuhlbeschwerden. Schlaf erträglich, Appetit schlecht. Mässiges Erbrechen. † 17. XI. 93.

34) C. Sch., 50 J., kräftig. Seit 3 Monaten Genitalblutungen beim Stuhlgang. Geringer übelriechender Ausfluss. Bef.: Mmund durchgängig. Halskanal mit schwammigen, blutenden Massen erfüllt. Uterus vergrössert, fixiert. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 7. VI. Keine Nachblut. Ausfl. sehr gering, etwas bluthaltig, hört schliesslich auf. Keinerlei Beschwerden. Befinden gut, Temp. normal. Stuhl, Urin spontan. Entlassen 17. VI.

35) K. S., 50 J., schwächlich. Seit einer starken Blutung vor 8 Monaten heftige Leib- und Kreuzschmerzen. Brennen und Drang beim Urinieren. Unregelm. Stuhl. Bef.: Im Mmund und Vag.-Gewölbe Protuberanzen. Uterus fixiert. Im Urin reichliche Eiterkörperchen. Diagn.: Carc. cervicis. Cystitis purulenta.

Operiert 12. VII. Keine Nachblut. Ausfl. sehr gering. Keine Schmerzen.

1893

Beim Urinieren etwas Brennen. Befinden, Schlaf, Appetit gut. Temp. nicht gesteigert. Stuhl, Urin spontan. Entlassen 22. VII.

36 Th. Z., 39 J., ziemlich kräftig, anämisch. Seit 4 Jahren schleimig-blut. Ausfl. III. 93 auswärts excochleiert. Später wieder starker Ausfl., Schmerzen. Harndrang, Abmagerung. Bef.: An Stelle des äuss. Mmunds kraterförmige Höhle. Rechtes Lig. latum infiltriert. Urin enthält Eiweiss und Eiterkörperchen. Diagn.: Ulcus carc. cervicis, Recidiv. Cystitis purulenta.

Operiert 20. VII. Keine Nachblut., kein Ausfl. Nachts beträchtliche Schmerzen. Schlaf massig, Appetit gut. Nach anfängl. Katheterisieren Urin spontan. Harndrang hat nachgelassen. Stuhl spontan. Entlassen 26. VII.

37 B. H., 32 J., mittelkräftig. Seit 1 Jahr anhaltender Blutabgang, zur Zeit der Periode etwas verstärkt. Bef.: Uterus etwas vergrössert, Portio kraterförmig exulceriert, Parametrien infiltriert. Diagn.: Ulcus carc. cervicis.

Operiert 20. VII. Kein Blutabgang. Anfangs starke Schmerzen, bessern sich allmählich. Befinden befriedigend. Schlaf, Appetit gut. Temp. normal. Urin, Stuhl spontan. Entlassen 25. VII.

38 E. H., 39 J., mittelkräftig. Heftige Kreuzschmerzen, Harndrang, Stuhlgang schmerzhaft. Vor 6 Wochen schon excochleiert. Beschwerden wieder zunehmend. Bef.: Im Cervicalkanal brockelige, leicht blutende Massen. Links Parametrium infiltriert. Urin enthält Eiweiss und viele Eiterkörperchen. Diagn.: Ulcus caner. cervicis. Cystitis purulenta.

Operiert 20. VII. Keine Nachblut. Anfängliche Leibschmerzen verschwinden. Befinden, Schlaf, Appetit gut. Temp. normal. Stuhl, Urin spontan, der Harndrang durch Blasenausspulungen vermindert. Entlassen 26. VII.

Schmerzen zu Hause gleich wieder einsetzend, gerade wie nach der I. Excochleation, werden immer stärker, dauernd Morphium. Schmerzen beim Stuhlgang und Urinieren. Abmagerung. Schlaf, Appetit schlecht, starker Foetor. Keine Blutungen. Zuletzt Blasenscheidenfistel. † 28. X. 94.

39 S. M., 36 J., schwächlich. III. 93 schon auswärts excochleiert. Seit VI. wieder Schmerzen und Blutungen. Ausfl., Brennen beim Urinieren. Stuhl hart, unregelm. Bef.: An Stelle des Mmunds weite, kraterförmige Höhle. Beide Ligg. lata infiltriert. Diagn.: Ulcus caner. cervicis Recidiv.

Operiert 31. VII. Keine Nachblut., kein Ausfl. Schmerzen in der rechten Unterbauchseite. Befinden gut. Schlaf meist gut. Temp. wenig gesteigert, schwankt um 38,0. Urin spontan, ohne Beschwerden. Stuhl hart, unregelm. Entlassen 12. VIII.

40 K. W., 26 J., mittelkräftig. Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Verstopfung. Urin muss alle ½ bis 1 Stunde entleert werden. Dabei starke Leibschmerzen. Bef.: An der Portio kleinapfelgrosser, brockeliger Tumor. Linkes Lig. lat. stark infiltriert. Diagn.: Caner. Pap. Geschwulst.

Operiert 7. VIII. Keine Nachblut. Ganz schwacher, weisslicher Ausfl. Anfängliche Leibschmerzen verschwinden. Befinden gut. Erholt sich. Schlaf, Appetit gut. Temp. post operat. gering gesteigert. Urin spontan ohne Schmerz. Stuhl unregelm. Entlassen 19. VIII.

1893

½ Monat Wohlbefinden, dann wieder Schmerzen, auch Blutungen. Zuletzt sehr übelriechender Ausfl. Stuhl- und Urinbeschwerden. Appetit anfangs gut, nimmt ab. Mässiges Erbrechen. † 7. II. 94 bei klarem Bewusstsein.

41) W. M., 48 J., ziemlich kräftig. Seit 1½ Jahr beständig Blutungen, Schmerzen. Urinieren schmerzhaft. Stinkender Ausfl. Bef.: Portio zerklüftet, verdickt; Cervix umschliesst eine mit Jauche gefüllte Höhle. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 1. IX. Keine Nachblut. Ausfl. gering, etwas blutig. Keine Schmerzen. Allg. Bef. bessert sich rasch nach der Operat. Schlaf und Appetit werden gut. Temp. normal. Urin ohne Beschwerden. Stuhl regelm. Entlassen 8. IX.

42) B. M, 52 J., mittelkräftig. Starke Leib- und Kreuzschmerzen. Mattigkeit. Abmagerung. Dauernder Ausfl. seit 3 Monaten. Bef: Vordere Mmlippe verdickt, leicht blutend. Scheidengewölbe infiltriert. Uterus vergrössert. Diagn.: Cancr. Pap. Geschwulst.

Operiert 15. IX. Keine Nachblut. Ausfl. weisslich, gering. Anfangs beträchtliche Leib- und Kreuzschmerzen werden allmählich geringer. Allg. Bef. gut. Erholt sich. Appetit bessert sich. Schlaf gut. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl wird regelm. Entlassen 24. IX.

43) A. St., 49 J., kräftig. Seit IV. 93 Blutungen und schleimiger Ausfl. Heftige Kreuzschmerzen. Kopfweh, Appetitlosigkeit. Bef.: Kraterförmig erweiterter, mit bröckeligen, leicht blutenden Massen erfüllter Cervicalkanal. Parametrien infiltriert. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 20. X. Keine Nachblut. Ausfl. sehr gering. Die ersten Tage post. op. Kreuzschmerzen. Kopfweh. Bald schmerzfrei. Appetit, Schlaf werden nach einigen Tagen gut. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl wird regelm. Entlassen 27. X.

44) Th. G., 38 J., mittelkräftig. Seit VII. 93 Unterleibsschmerzen, bes. zur Zeit der Periode. Starke Blutverluste. Blutungen inter coitum. Bef.: Mmlippen uneben, mit granulösen Prominenzen. Uterus vergrössert, rechts fixiert. Diagn.: Cervixcarcinom.

Operiert 13. XI. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Bis zum 16. XI., sowie bei der Entlassung schmerzfrei. Bef. anfangs gut. Am 16. XI. treten die Symptome einer diffusen Peritonitis auf, die sich hinzieht bis Mitte XII. Allg. Bef. vom 16. XII. ab sehr gut. Schlaf, Appetit, Temp., Stuhl, Urin normal. Wird auf ihr Drängen gegen Revers am 21. XII. entlassen.

45) A. B., 42 J., schwächlich. Schon 2 mal excochleiert (nach der I. Operat. ½ Jahr Wohlbefinden). Jetzt wieder Leibschmerzen, bes. bei der Defaecation. Ausfl. Bef.: Portio zerklüftet, Parametrien und Vag.-Gewölbe infiltriert. Diagn.: Infiltriertes Carcinom der Cervix.

Operiert 13. XI. Keine Nachblut., wenig gelblicher Ausfl. Leib- und Kreuzschmerzen nehmen ab. Befinden bessert sich. Schlaf mässig. Appetit gut. Temp. norm. Urin spontan. Stuhl regelm. Entlassen 20. XI.

1893

46) J. D., 54 J., schwächlich. Seit 2 Monaten starke Blutungen. Auch Kreuzschmerzen. Schwäche. Anschwellen der Füsse. An Stelle des Mmundes enorm grosser Krater. Parametrien infiltriert. Diagn.: Ulcus caner. cervicis.

Operiert 13. XI. Am 15. XI. früh starke Nachblut. Scheidentamponade. Tampons am 16. entfernt, Blutung steht. Ausfl. unbedeutend. Schmerzen erst beträchtlich im Kreuz und Leib, verlieren sich fast ganz. Befinden befriedigend. Erholt sich etwas. Schlaf, Appetit gut. Vom 17.—22. abends leichtes Fieber. Urin, Stuhl spontan. Entlassen 27. XI.

47) A. P., 41 J., mittelkräftig. Seit 4 Monaten Leib- und Kreuzschmerzen, zunehmende, starke Blutungen, übelriechender Ausfl. Blasenbeschwerden. Bef.: Portio verdickt, Cervix umschliesst eine kraterförmige Höhle. Uterus fixiert. Diagn.: Ulcus caner. cervicis.

Operiert 27. XI. Keine Blutung, etwas blutiger, geruchloser Ausfl. Schmerzen wechselnd. Befinden leidlich. Schlaf mässig. Appetit gut. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl unregelm. Entlassen 4. XII.

48) Ph. B., 44 J., mittelkräftig. Unregelm., starke Menses. Starke Leibschmerzen seit 9 Monaten, eitriger Ausfl. Obstipation. Bef.: Oberhalb der Spinallinie gelangt man in einen unregelm. Krater mit zerfallenden Wandungen. Parametrien infiltriert. Diagn.: Ulcus caner. cervicis.

Operiert 27. XI. Keine Nachblut., kein Ausfl. Leibschmerzen verschwinden. Post operat. Erbrechen und Uebelkeit, Fieber bis 38.9. Seit 30. XI. Wohlbefinden. Schlaf, Appetit gut. Urin spontan ohne Beschwerden. Stuhl wird regelm. Entlassen 5. XII.

49) K. K., 57 J., schwächlich. Leib- und Kreuzschmerzen. Urinieren u. Stuhlgang schmerzhaft. Appetit, Schlaf schlecht. Bef.: Portio zerstört. Man fühlt nur noch eine Wölbung von knotigen, ulcerierten Geschwulstmassen. Diagn.: Vorgeschrittenes Ulcus caner. cervicis.

Operiert 14. XII. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Schmerzen sehr gering. Befinden, Schlaf, Appetit gut. Temp. normal. Uriniert spontan, ohne Beschwerden. Stuhl in Ordnung. Entlassen 21. XII.

50) H. M., 54 J., mittelkräftig. Seit ca. 8 Wochen starker, gelber, stinkender Ausfl. Geringe Schmerzen. Bef.: Portio verwandelt in kleinapfelgrossen Tumor mit bröckeliger, leicht blutender Oberfläche. Diagn.: Caner. Pap. Geschwulst der Portio.

Operiert 13. XII. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Keine Schmerzen. Wohlbefinden. Schlaf, Appetit gut. Vor der Operation geringe Temperatur-Steigerung, verschwindet nach derselben. Urin, Stuhl spontan. Entlassen 21. XII.

51) A. B., 33 J., mittelkräftig. Leib- und Rückenschmerzen. Kopfweh. Seit ½ Jahr starker, gelber Ausfl., jetzt blutig. Bef.: Mmlippen ektropioniert, mit Knollen durchsetzt. Halskanal tief ulceriert. An der rechten Kommissur der Mmlippen tiefe Ulceration. Diagn.: Kombination von caner. Pap. Geschwulst und Ulcus caner. cervicis.

Operiert 14. XII. Keine Nachblut. 20. XII. Periode eingetreten, mässige

1893

menstruelle Blutung. Mässige Kreuzschmerzen. Befinden, Schlaf befriedigend. Temp. normal. Stuhl erst angehalten, erfolgt dann spontan. Urin spontan. Entlassen 22. XII.

12. I. 94 Wiedereintritt in die Klinik. Die bei der Entlassung vorhandenen Kreuzschmerzen haben sich wieder verstärkt. Bef.: Uebergreifen der Neubildung auf das Beckenbindegewebe.

II. Operat. 20. I. 94. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Wechselnde, oft sehr heftige Kreuz- und Bauchschmerzen, nur durch Morphium unterdrückbar. Befinden wegen der Schmerzen gestört. Schlaf nur nach Morphium-Inj. Temp. normal. Stuhl angehalten, Urin spontan. Entlassen 22. I. 94.

52) H. B., 57 J., kräftig. Schmerzen im Leib und Kreuz, speziell beim Gehen. Drang beim Urinieren. Bef.: Mmund eine von bröckeligen Massen umgebene Vertiefung. Parametrien infiltriert. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 16. XII. Keine Nachblut. Ausfl. gering. Keine Schmerzen. Befinden, Schlaf gut. Temp. normal. Stuhl, Urin spontan. Entlassen 23. XII.

1894

53) M. M., 39 J., kräftig. Seit XII. 93 starke Leib- und Kreuzschmerzen. Blutungen. Schlaf schlecht. Bef.: Vordere Mmlippe verdickt, hintere zerstört. Im Cervixkanal knollige Tumormassen. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 10. I. 1894, (zugleich vordere Mmlippe amputiert). 16. I. 94 geringe Nachblut. Ebenso am 23. I. Scheidentamponade. Unvertreibbare, starke Schmerzen im Abdomen (Morphium-Inj.). Allg. Bef. in Anbetracht der Schmerzen leidlich. Schlaf, Appetit wechselnd, meist schlecht. Temp. dauernd gesteigert (bis 39.2). Urin spontan. Stuhl unregelm. Entlassen 3. II. 94.

54) M. A., 46 J., kräftig. Starke, fast tägliche Blutungen ohne besondere Schmerzen. Bef.: An Stelle der Portio apfelgrosser, morscher Tumor. Vag.-Gewölbe und Parametrien infiltriert. Diagn.: Cancr. Pap. Geschwulst.

Operiert 17. I. Die Blutungen haben aufgehört. Anfängliche Kreuzschmerzen verschwinden rasch. Allg. Bef., Schlaf, Appetit gut. Temp. normal. Stuhl, Urin spontan. Entlassen 25. I.

Sehr gutes Befinden 6 Monate lang. A. war während dieser Zeit vollkommen arbeitsfähig. Vom IX. 94 ab Ausfl. und zeitweise Schmerzen; wurde dann bettlägerig. Beim Stuhlgang heftige Schmerzen. Späterhin Harnfistel; beständiger Urinabfluss; Schlaf, Appetit wurden schlecht. Sub finem starke Diarrhoeen und Bewusstseinstrübung. † II. 1895.

55) R. Sch., 39 J., schwächlich. Schmerzen im Kreuz und den Seiten. Urin- und Stuhlbeschwerden. Herzklopfen. Bef.: Vordere Mmlippe in kleinapfelgrossen Tumor verwandelt. Uterus nach hinten fixiert. Diagn.: Cancr. Pap. Geschwulst der vord. Lippe.

Operiert 5. III. Sehr geringer, blutiger Ausfl. Keine Schmerzen. Befinden gut. Etwas Herzklopfen und Husten. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl angehalten. Entlassen 14. III.

1894

56 B. Sch., 42 J., kräftig. Kopf- und Kreuzschmerzen. Im XII. 93 und III. 94 starke Blutungen, jetzt fast alle 2—3 Tage. Harndrang. Bef.: Mmund durchgängig. Cervicalwände mit kleinen Höckern besetzt. Linkes Parametrium infiltriert. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 4. IV. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Keine Schmerzen. Befinden, Appetit gut. 10. IV. mässiges Kopfweh. Temp. normal. Stuhl, Urin spontan. Entlassen 12. IV.

Wohlbefinden 1 Monat lang, dann wieder heftige andauernde Blutungen. Appetit lässt nach. Später auch gelblicher Ausfl., der sehr übelriechend wird. Zuletzt beständiger Harnabfluss (Fistel) und sehr häufiges Erbrechen und Kopfweh. † 9. VI. 95.

57 W. Z., 40 J., schwächlich. Seit 9 Monaten Blutungen. Periode schon vorher unregelm. Kreuz- und Leibschmerzen. Bef.: Hintere Mmlippe verwandelt in pflaumengrossen, höckerigen Tumor, der sich auf das rechte hintere Vag.-Gewölbe fortsetzt. Diagn.: Cancr. Pap. Geschwulst.

Operiert 12. V. Am 14. V. geringer Blutabgang nach Entfernung der Tampons. Keine Schmerzen. Befinden, Schlaf gut. Temp. normal. Urin vom 13. abends ab spontan. Stuhl regelm. Entlassen 17. V.

58 C. B., 36 J., schwächlich. Seit XII. 93 stärkere Blutungen, erst nur zur Zeit der Periode, dann auch dazwischen. Kreuzschmerzen. Bef.: Portio knollig verdickt, zerklüftet mit Übergang der Knollen auf das hintere Vag.-Gewölbe. Diagn.: Portiocarcinom.

Operiert 5. V. Am 8. V. ganz geringer Blutabgang. Keine Schmerzen. Wohlbefinden. Schlaf gut. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl wird regelm. Entlassen 15. V.

Wohlbefinden 4 Wochen lang; nach deren Ablauf wieder starke Blutungen und Schmerzen, die nach 8 Tagen wieder nachliessen. Später auch übelriechender Ausfl. Urineren schmerzhaft. Stuhl ohne Beschwerden. Schlaf, Appetit gering. † 19. I. 95.

59 M. [illegible], 52 J., schwächlich. Seit XII. 93. Blutungen abwechselnd mit gelblichem Ausfl. Schmerzen in der rechten Leiste, Harndrang, Abmagerung. Bef.: Hintere Mmlippe knollig verdickt. Die Knollen setzen sich nach hinten und rechts fort. Diagn.: Portiocarcinom.

Operiert 4. V. Geringer Blutabgang, der bald ganz verschwindet. Kein Ausfl. Kreuzschmerzen hören auf. Allg. Bef. ausgezeichnet. Schlaf, Appetit gut. Temp. normal. Urin, Stuhl spontan. Entlassen 12. V.

60 B. B., 51 J., kräftig. Seit II. 94 Kreuzschmerzen und häufig wiederkehrende, teils starke Blutabgänge; dazwischen übelriechender Ausfl. Harndrang. Bef.: Portio zerklüftet, beide Mmlippen verdickt, Mmund durchgängig. Parametrien infiltriert. Diagn.: Cancroid beider Mmlippen.

Operiert 18. V. Die am 19. entfernten Tampons etwas übelriechend. Keine Nachblut., geringer Ausfl. Geringe Schmerzen im Kreuz und linken Bein, entsprechend dem Verlauf des N. ischiadicus. Wohlbefinden. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl träge, erfolgt meist nur auf Einlauf. Entlassen 26. V.

Wohlbefinden durch 2 Monate. Kräftezustand sehr gut. Arbeitsfähigkeit.

1894

Weder Blutungen noch Schmerzen, nur etwas geruchloser Ausfl. Schlaf, Urin, Stuhl normal. Im VIII. wurde der Ausfl. stärker und sehr übelriechend. Verfall der Kräfte, Abmagerung. Vom 17. IX. ab im Krankenhaus r. d. Isar, dort noch zweimal ohne Erfolg operiert. † 2. IV. 95 nach heftigen Blutungen. Die letzten 10 Tage uraem. Coma.

61) M. D., 34 J., kräftig. Schon im III. 94 in Ulm operiert. Jetzt wieder heftige Kreuzschmerzen und Blutungen. Blutig-wässeriger, übelriech. Ausfl. Stuhlbeschwerden. Bef.: Mmlippen verdickt, Halskanal klafft. Cervicalmucosa ulceriert, bes. die der hinteren Lippe. Uterus fixiert. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 18. V. Tampons beim Herausnehmen etwas übelriechend, keine Nachblut. geringer, geruchloser Ausfl. Andauernde, mässige Kreuzschmerzen. Befinden ohne wesentliche Beschwerden. Temp. normal. Urin und Stuhl in Ordnung. Entlassen 25. V.

Relatives Wohlbefinden ½ Monat lang, ist ausser Bett. Dann zur Zeit der Periode wieder starke Blutabgänge und Ausfl. Foetor, Schmerzen nehmen zu, sodass Morphium nötig. Appetit lässt nach. Wachsende Harnbeschwerden. Stuhl sehr angehalten. † 6. X. 94. (NB. Nach der I. Operation im III. 94, vor welcher heftige Blutungen aber noch keine Schmerzen bestanden, trat gute Besserung von über 1 Monat ein. Blutungen kamen im V. wieder und nun auch starke Schmerzen.)

62) C. H., 60 J., schwächlich. Seit ca. ½ Jahr Blutungen von wechselnder Stärke. Kreuzschmerzen, wässerig-blutiger Ausfl. Bef.: Mmund durchgängig. Im Cervicalkanal derbe Prominenzen. Uterus fixiert. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 21. V. Keine Nachblut. Ausfl. sehr gering. Keine Schmerzen. Wohlbefinden. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl meist nur auf Einlauf. Entlassen 27. V.

63) A. B., 36 J., schwächlich. Seit III. 94 starker Blutabgang, ca. 5 Wochen dauernd. Starke Kreuz- und Leibschmerzen. Weisser Ausfl. Bef.: Portio und Halskanal mit derben Prominenzen besetzt, ebenso das rechte Vag.-Gewölbe. Diagn.: Carcinoma cervicis, schon übergegangen auf die Vagina.

Operiert 6. VI. Am 8. VI. nach Entfernung der Tampons geringe Nachblut. Kein Ausfl. Anfangs starke Schmerzen in Kreuz und Scheide, die aber abnehmen. Allg. Bef. gut. Temp. normal. Urin und Stuhl in Ordnung. Entlassen 15.

Nach der Entlassung stets bettlägerig. Bald wieder Zunahme der Schmerzen, die heftig und andauernd wurden. Blutungen und übelriechender Ausfl. stellten sich wieder ein. Allg. Bef. verschlimmert sich immer mehr. Stuhl- und Urinbeschwerden. † 31. III. 95.

64) M. H., 55. J., schwächlich. Blutungen und Ausfl. aus der Scheide. Im Mmund fühlt man stark zerklüftete, granulöse Partien. Uterus fixiert. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 12. VI. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Anfängl. Leibschmerzen, verschwinden bald ganz. Wohlbefinden. Temp. steigt am Tage post operat. vorübergehend bis 38.3. Urin spontan. Stuhl nach anfänglicher Verstopfung normal. Entlassen 20. VI.

1894

65 K. L., 46 J., schwächlich. Seit 3 bis 4 Monaten beträchtliche Blutungen, Leibschmerzen. Bef.: Scheidenwände starr infiltriert. An Stelle des Mmundes grosser zerklüfteter Krater. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 13. VI. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Zeiten vollständiger Schmerzfreiheit abwechselnd mit mässigen Leib- und Kreuzschmerzen. Allg. Bef. gut. Temp. post op. dauernd normal. Urin spontan. 24 bis 26. VI. starke Diarrhöen, dann Stuhl normal. Entlassen 27. VI.

66 F. H., 41 J., schwächlich. Starke unregelm. Blutungen. Kreuzschmerzen, in die Schenkel ausstrahlend. Periode unregelmässig. Bef.: Durch den Mmund kommt man in ca. 4—5 cm tiefe, mit stinkenden Massen erfüllte Höhle. Vag.-Gewölbe infiltriert. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 13. VI. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Keine Schmerzen. Allg. Bef. gut. Temp. normal. Muss bis 17. VI. cathetrisiert werden, dann Urin spontan. Stuhl in Ordnung. Entlassen 20. VI.

67 A. H., 35 J., schmächtig. Seit IX. 93 häufige, starke Blutungen von oft 14tägiger Dauer. Temporäre Kreuzschmerzen. Bef.: Mmund ein Querspalt mit einem Defect an der hinteren Lippe. Cervix ausgehöhlt, mit zerklüfteten Wänden. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 19. VI. Einige Stunden post op. starke Nachblut., gestillt durch verstärkte Tamponade. Anfängliche Schmerzen verschwinden ganz. Allg. Bef. gut. Temp. vom 20. bis 22. VI. unerheblich gesteigert. Bis 25. Cathedrisation nötig, dann Urin spontan. Stuhl wird allmählich regelm. Entlassen 29. VI.

68 Th. D., 46 J., ziemlich kräftig. Seit ½ Jahr starke Blutungen, heftige, reissende, in die Schenkel ausstrahlende Kreuzschmerzen. Bef.: Mmlippen fast völlig zerstört. Man fühlt eine etwa hühnereigrosse Höhle. Diagn.: Cancr. cervicale Ulceration.

Operiert 19. VI. Am 24. VI. leichte Nachblut. Am 28., zur Zeit der wiederkehrenden Periode, stärkere Blutung. Geringe Schmerzen, verschwinden bald. Allg. Bef. gut. Temp. vom 23. bis 25. VI. mässig gesteigert. Stuhl- und Urinentleerung werden normal. Entlassen 28. VI.

Nach der Entlassung bald weitere Blutungen, anhaltende Schmerzen. Ausfl., der später übelriechend wird. Stuhl- und Harnbeschwerden. Schlaf, Appetit schlecht. Sub finem häufiges Erbrechen und Bewusstseinstrübung. † 27. I. 95.

69 M. Pf., 42 J., ziemlich kräftig. Starke, brennende Schmerzen beim Urinieren. Reichlicher, dünner, übelriechender Ausfl. Bef.: Vaginalwände bis tief unten stark infiltriert, im Cervixkanal Resistenzen mit unebener, leicht blutender Oberfläche. Diagn.: Cancroid der Cervix.

Operiert 23. VI. Am 25. geringe Nachblut. Ausfl. gering., geruchlos. Schmerzen verschwinden. Allg. Bef. gut. Vom 24. bis 28. VI. abendliche Temp.-Steigerungen bis 38.9. Urin und Stuhl ohne Beschwerden. Entlassen 29. VI.

70 J. Sch., 47 J., schwächlich. Seit 3 Wochen anhaltende Blutungen ohne Schmerzen. Grosse Schwäche. Bef.: Mmund weit klaffend; aus ihm ragen knollige Massen hervor. Uterus rechts fixiert. Starke Anaemie. Diagn.: Cervixcarcinom.

1894

Operiert 30. VI. Am 8. VII. Nachblut. 13. VII. stark blutiger, übelriechender Ausfl. 2 mal tägl. Formalinausspülungen. Geringe Unterleibsschmerzen verschwinden. Allg. Bef. relativ gut. Die Anaemie und Schwäche nimmt sichtlich ab. Schlaf gut. 14. VII. ausser Bett. Temp. in den ersten Tagen post op. gesteigert. Stuhl, Urin in Ordnung. Entlassen 22. VII.

71) F. L., 41 J., kräftig. Ausfl. ohne sonstige Beschwerden. Bef.: Mmund durchgängig. Cervixkanal erfüllt mit zapfenförm. Wucherungen, die auch auf das Vag.-Gewölbe übergehen. Diagn.: Cervixcarcinom.

Operiert 7. VII. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Keine Schmerzen. 12. VII. vorübergehende Übelkeit. Wohlbefinden mit kurzen Unterbrechungen am 12. und 13., wo die Temp. gesteigert war. Urin und Stuhl in Ordnung. Entlassen 16. VII.

72) F. M., 46 J., ziemlich kräftig. Brennender, übelriechender Ausfl. Schmerzen in der Blasengegend. Bef.: Mmund und Cervicalkanal zeigen stark zerklüftete Wandungen. Uterus nach rechts verzogen. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 10. VII. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Keine Schmerzen. Allg. Bef. gut, Temp. normal. Vom 16. VII. ab ausser Bett. Stuhl, Urin spontan. Entlassen 20. VII.

73) A. S., 41 J., mittelkräftig. Seit II. 94 Genitalblutungen bei jeder körperl. Anstrengung. Unablässige Leibschmerzen, in Beine und Rücken ausstrahlend. Stuhlgang schmerzhaft, angehalten. Bef.: Portio verdickt. Cervicalkanal ganz von Geschwulstmassen ausgefüllt, Vag.-Gewölbe infiltriert. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 17. VII. Keine Nachblut. Entfernte Tampons übelriechend. Temporäre Kreuzschmerzen. Allg. Bef. gut. Leib etwas meteoristisch. Temp. anfangs unerheblich gesteigert (bis 38.4). Urin spontan. Stuhl regelm. Entlassen 26. VII.

74) M. S., 39. J., sehr heruntergekommen. Brennende und ziehende Schmerzen in beiden Hypogastrien. Atypische Blutungen. Ausfl. Bef.: Portio verdickt, hintere Lippe ulcerös zerstört. Im Cervixkanal brüchige Prominenzen. Diagn.: Ulcus. cancr. cervicis.

Operiert 21. VIII. Am 27. starke Nachblut., durch Tampons gestillt. Kein Ausfl. Keine Schmerzen. Wohlbefinden. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl anfangs angehalten, wird bald regelm. Entlassen 7. IX.

75) H. S., 56. J., kräftig. Seit V. 95 dumpfe Schmerzen im Unterleib. Geringer, blutiger Ausfl. Bef.: Portio und Innenfläche der Cervix höckerig. Mmlippen ulceriert, umschliessen einen tiefen Krater. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 21. VIII. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Keine Schmerzen. Allg. Bef. gut. Temp. normal. Muss die ersten Tage post op. catheterisiert werden. Stuhl angehalten. Entlassen 27. VIII.

2 Monate gutes Befinden. Kräftezustand und Körpergewicht sehr gut hie und da Schmerzen. Ging bis Ende X. 94 aus. Von da ab Schmerzen zunehmend, Gewichtsabnahme, übelriechender Ausfl. Urin und Stuhlbeschwerden. Gegen Ende viel Erbrechen. † 29. IV. 95.

1894

76) M. N., 55 J., schwächlich. Seit ½ Jahr Ausfl. und atypische Blutungen. Seit 10 Wochen bohrende Schmerzen und Drang nach unten. Abmagerung, Schwäche. Bef.: Portio und obere Scheidenpartien verwandelt in stark gewucherte, zerklüftete, brüchige, leicht blutende Massen. Diagn.. Portiocarcinom.

Operiert 30. VIII. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Keine Schmerzen. Wohlbefinden. Erholt sich, ist seit 5. IX. ausser Bett. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl etwas angehalten. Entlassen 6. IX.

2 Monate Wohlbefinden, dann wieder Schmerzen und Ausfl. Keine Blutungen mehr. Nochmals auswärts excochleiert. Die letzten Monate viel Erbrechen. † 14. V. 95 bei klarem Bewusstsein.

77) O. St., 56 J., kräftig. Seit 1 Jahr fleischwasserähnlicher, geruchloser Ausfl. Drang nach unten. Bef.: Oberste Partien der Scheide erfüllt mit gewucherten Massen, die von der Cervix ausgehend, bereits auf das Scheidengewölbe übergreifen. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 1. IX. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Anfängl. Unterleibsschmerzen verschwinden bald. Allg. Bef. gut. 9. IX. ausser Bett. Temp. normal. Uriniert bald spontan. Stuhl etwas angehalten. Entlassen 10. IX.

78) J. L., 49 J., mittelkräftig. Seit Winter 93/94 anhaltender Ausfl. Abmagerung und Mattigkeit. Bef.: An Stelle des Mmundes kraterförmiger Substanzverlust, leicht blutend, auf das Vag.-Gewölbe übergreifend. Diagn.: Cancr. Ulceration der Cervix.

Operiert 4. IX. Keine Nachblut. Kein Ausfl. 8. IX. Klagen über Magenschmerzen und Appetitlosigkeit. Beides verschwindet wieder. Wohlbefinden. Steht 11. IX. auf. Schwäche bessert sich. Appetit gut. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl 6. bis 9. IX. diarrhoisch, dann normal. Entlassen 12. IX.

½ Monat nach der Entlassung stellt sich wieder Ausfl. ein, der dann übelriechend wird (Formalinausspülungen). In der Folgezeit 2 heftige Blutungen. † 8. II. 95 an Schwäche.

79) Th. B., 52 J., ziemlich kräftig. Seit 1 bis 1½ Jahr dauernder Ausfl., nicht übelriechend, ohne erhebliche Schmerzen. Druckschmerz im Kreuz. Bef.: Portio derb, Mmund durchgängig, man kommt in eine Höhle mit brüchigen Wandungen. Diagn.: Cancr. Ulceration der Cervix.

Operiert 4. IX. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Keine Schmerzen. Subjektives Wohlbefinden. Temp. normal. Stuhl, Urin spontan. Entlassen 15. IX.

Sehr gutes Befinden 2 Monate lang. Körperliche Zunahme. Dann wieder Ausfl., der übelriechend wurde. Stechende Schmerzen. Appetit befriedigend. Stuhl angehalten.

5. XII. 94. II. Excochleation durch Privatarzt. Besserung 5 Wochen anhaltend. Ausfl. solange gering, geruchlos, wurde dann wieder übelriechend. Blasenfistel. War bis 14 Tage ante mortem ausser Bett und ging aus. † 2. VIII. 95 an Entkräftung. Letzte Woche anhaltendes Erbrechen.

80) F. F., 29 J., sehr heruntergekommen. Seit 3 Wochen Blutungen in unregelm. Zwischenräumen. Leib- und Kreuzschmerzen. Bef.: Obere Scheide

erfüllt mit brüchigen, übelriechenden Geschwulstmassen. Neigung zu starker Blutung. Corpus uteri etwas vergrössert. Diagn.: Carcinoma cervicis ut. et vaginae.

Operiert 10. IX. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Keine Schmerzen. Wohlbefinden. Temp. vor der Operation bis 38.5, wird nach derselben normal. Urin spontan. Stuhl vorübergehend diarrhoisch, dann in Ordnung. Entlassen 15. IX.

Wohlbefinden 1 Monat. Dann stellte sich Ausfl. ein, der übelriechend wurde. 4 Wochen nach der Entlassung auch Blutungen und Schmerzen, sowie Stuhlbeschwerden. Urin spontan. Appetit, Schlaf gering. † 7. XII. 94.

81) V. Sp, 49 J., schwächlich. Seit 9 Wochen bohrende Unterleibschmerzen und Drang nach unten. Seit 1 Jahr übelriechender Ausfl. Abmagerung. Bef.: In der Cervix weiter Krater, erfüllt mit weichen, reichlich blutenden Massen. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 13. IX. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Gleich nach der Operat. starke Leib- und Kreuzschmerzen, die in den nächsten Tagen verschwinden. Wohlbefinden. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl angehalten. Entlassen 18. IX.

82) C. H., 49 J., schwächlich. Seit Anfang VI. 94 stärkere Blutabgänge. Zeitweise Kreuzschmerzen. Bef.: Mmund und Cervixkanal umgeben von zerklüfteten, leicht blutenden Massen. Abgang von Fetzen geronnenen Blutes. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 18. IX. Keine Nachblut. Vom 22. ab geringer Fluor. Keine Schmerzen. Allg. Bef. gut. Temp. normal. Urin, Stuhl spontan. Entlassen 24. IX.

83) M. W., 41 J., schwächlich. Atypische Blutungen, Kreuzschmerzen. Bef.: Hintere Mmlippe und Cervixwand zeigen stark zerklüftete Partien. Hinteres Vag.-Gewölbe infiltriert. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 18. IX. Keine Nachblut. Keine Schmerzen. Anfangs post operat. Brennen in den Genitalien. Wohlbefinden. Temp. normal. Urin, Stuhl spontan. Entlassen 23. IX.

84) A. F., 43 J., schwächlich. Heftige Schmerzen im Kreuz, die nach vorne zu ausstrahlen. Bef.: Vaginalwände starr infiltriert. An Stelle der Portio zerklüftete Geschwulst. Bei der Untersuchung reichlicher Blutabgang. Diagn.: Cancr. Pap. Geschwulst der Portio mit Übergreifen auf die Scheide.

Operiert 24. IX. Am 30. starke Blutung. Sehr übler Geruch (deshalb Formalinausspülungen d. Scheide). Starke Schmerzen (Morphium). Schlechtes Allg. Bef. Temp. vom 27. IX. an unerheblich (bis 38.3) gesteigert. Entlassen 1. IX. mit Morphium und mit Lysolausspülungen.

85) E. B., 39 J, mässig kräftig. Seit 6 Monaten starker, übelriechender Ausfl. und geringe Schmerzen. Anfängliche atypische Blutungen wieder verschwunden Bef.: Mmund bequem für 2 Finger durchgängiger Krater mit starren Wänden. Mmlippen hart. Im Vag.-Gewölbe ein Knoten. Diagn.. Carcinoma cervicis.

Operiert 6. X. Am 9. geringe Nachblut., die von selbst steht. Geringer übelriechender Ausfl. besteht fort. Tägliche Ausspülungen mit Lysol. Abwechselnd leichte Leibschmerzen und wieder schmerzfreie Tage. Allg. Bef. gut. Temp. am 7. X. vorübergehend unerheblich gesteigert. Stuhl, Urin vollkommen normal. Entlassen 16. X.

1894

Besserung hielt ½ Monat an, dann wieder Blutungen, Schmerzen und übelriechender Ausfl. Stuhl blieb regelm. Harnbeschwerden. 1 Monat ante mortem wurde Appetit und Schlaf schlecht. † 18. III. 95.

86 A. S., 60 J., kachektisch. Seit 11 Monaten Blutabgang, seit VII. 94 auch Schmerzen in Kreuz und Leib. Harnbeschwerden, harter Stuhlgang, der Blutungen veranlasst. Bef.: Infiltration der ganzen vorderen Scheidenwand. In der Cervix dringt der Finger durch bröckelige Massen bis zum inneren Mmund. Diagn.: Caner. Ulcus der Cervix mikroskop. Diagn.: Adenoma malignum cervicis.

Operiert 16. X. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Massige Schmerzen im Mastdarm. Allg. Bef. gut. Schlaf, Appetit befriedigend. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl vom 19. bis 22. diarrhoisch, dann in Ordnung. Entlassen 23. X.

87 R. B., 44 J., kachektisch. Seit 3 Wochen wiederholte, teils sehr starke Blutungen. 21. X. Abgang reichlicher, brauner, übelriechender Massen. Bef.: Vagina oben uneben. Cervicalkanal exulceriert, voll bröckeliger Massen. Uterus ganz unbeweglich. Diagn.: Ulcus cancr. cervicis.

Operiert 25. X. Excochleation und Amputation beider Mmlippen mit dem Paquelin. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Anfangs Brennen in den äusseren Genitalien bes. beim Urinieren, dann schmerzfrei. Allg. Bef. gut. Schlaf, Appetit bessern sich bedeutend. Temp. normal. Urin spontan, Stuhl etwas angehalten. Entlassen 1. XI.

Wohlbefinden 1¼ Monat. 14 Tage post operat. temporärer, geringer Ausfl., der später übelriechend wurde. Vom XII. an dauernde heftige Schmerzen und Blutungen. Stuhl- u. Harnbeschwerden. Schlaf, Appetit werden mangelhaft. † 2. VI. 95.

88 M. E., 38 J., mässig kräftig. Seit VII. Kreuz- und Leibschmerzen mit spärlichen Blutungen. Im VII. abundante Blutung, dann nur noch geringer Fluor albus. Bef.: Fast bis zum Introitus vaginae herabragender, höckeriger, teilweise ulcerierter Tumor, ausgehend von der Portio. Uterus fixiert. Diagn.: Caner. Pap. Geschwulst der Portio (Medullarcarcinom).

Operiert 25. X. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Keine Schmerzen. Allg. Bef. gut. Schlaf gering. Temp. etwas gesteigert bis 38,0. Urin spontan. Stuhl träge. Entlassen 31. X.

89 H. G., 56 J., kräftig. Seit ½ Jahr geringe Blutungen und übelriechender Ausfl. Kreuzschmerzen, leichte Verstopfung. Bef. Ganze hintere Scheidenwand infiltriert. Mmund und Cervicalkanal zeigen bröckerige Wände. Diagn.: Carcinoma cervicis, auf die Scheide fortgesetzt.

Operiert 7. XI. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Anfängliche Leibschmerzen verschwinden bald. Allg. Bef. gut. 11 XI. aufgestanden. Appetit befriedigend. Temp. 8 XI. vorübergehend bis 38,8 gesteigert. Urin, Stuhl spontan. Entlassen 13. XI.

90 A. B., 39 J., schwächlich. Vor 8 Tagen geringe Blutung. Starker übelriechender Ausfl. Durchfälle. 6. VII. 94 war wegen Uteruscarcinoms die Totalexstirpation gemacht worden. Bef.: Oben in der Scheide eine doppelte Zerfallshöhle, durch ein sagittales Septum getrennt. Diagn.: Recidiv des Uteruscarcinoms.

Operiert 14. XI. Keine Nachblut. Ausfl. gering. Keine Schmerzen. Allg.

1894

Bef., Appetit, Schlaf gut. Temp. steigt nach der Op. etwas an. Stuhl, Urin in Ordnung. Entlassen 10. XI.

22. II. 95 im Ambulatorium der hiesigen Klinik vorgestellt mit Kommunikation zwischen Blase, Scheide und Rectum.

91) A. L., 59 J., schwächlich. Schmerzen im Rücken und Unterleib, sowie beim Urinieren. Bef.: Man fühlt im erweiterten Cervixkanal bis zum inneren Mmund hinauf ulcerierte Massen. Diagn.: Cancr. cervicale Ulceration.

Operiert 14. XI. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Anfängliche Leibschmerzen verschwinden. Wohlbefinden. Schlaf, Appetit gut. Temp. normal. Urin, Stuhl spontan, ohne Beschwerden. Entlassen 19. XI.

92) C. M., 58 J., schwächlich. Blutungen und weisslicher Ausfl. Bef.: Im Mmund ein Tumor fühlbar, der sich innerhalb der Mmlippen verschieben lässt. Uterus sehr vergrössert. Viel gelbbrauner, äusserst foetider Ausfl. Diagn.: Carcinoma cervicis et corporis uteri.

Operiert 20. XI. Keine Nachblut. Ausfl. stellt sich bald wieder ein, sehr übelriechend. (Lysolausspülungen, Ergotin 3 mal tägl.) Keinerlei Schmerzen. Allg. Bef., Schlaf, Appetit befriedigend. Temp. normal. Urin, Stuhl ganz in Ordnung. Entlassen 25. XI.

93) W. Sch., 52 J., ziemlich kräftig. Heftige Kreuzschmerzen. Uebelriechender, zeitweise blutiger Ausfl. Abmagerung. Bef.: Portio ganz zerstört. Man kommt nach aufwärts in eine grosse, unebene Höhle. Uterus vergrössert, allerseits fixiert. Diagn.: Vorgeschrittenes Ulcus cervicis.

Operiert 3. XII. Keine Nachblut. Ausfl. gering (Ausspülungen mit Formalin). Beträchtliche, andauernde Leib- und Kreuzschmerzen (Morphium.-Inj. nötig). 10. XII. geringer Singultus. Allg. Bef. durch die Schmerzen erheblich gestört. Appetit mässig. Temp. normal. Urin spontan, Stuhl angehalten. Entlassen 10. XII.

94) J. R., 52 J., kräftig. Seit 4 Wochen Kreuz- und Leibschmerzen. Anfang VI. 94 eine starke Blutung. Bef.: Portio höckerig. Hinter dem Mmund eine Höhle mit unebenen Wänden, bes. nach links ausgedehnt. Uterus fixiert. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 5. XII. Keine Nachblut. Ausfl. gering. Unbedeutende Schmerzen in die Beine ausstrahlend. Andauerndes Wohlbefinden. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl etwas angehalten, deshalb wiederholte Einläufe. Entlassen 16. XII.

95) H. W., 41. J., kräftig. Seit langer Zeit Ausfl. In den letzten Wochen einige sehr starke Blutungen. Kreuzschmerzen. Bef.: Hintere Mmlippe zerstört, vordere tumorartig vergrössert. Die carc. Degeneration geht in die Cervix hinein. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 5. XII. Keine Nachblut. Ausfl. sehr gering. Keine Schmerzen. Allg. Bef. gut. Am 7. und 8. XII. vorübergehendes mässiges Fieber. Urin, Stuhl vom 9. resp. 10. ab regelmässig spontan. Entlassen 13. XII.

96) H. Sch., 54 J., mässig kräftig. Mit 50 Jahren Menopause. Seit 8 Wochen Blutungen, übelriechender Ausfl. Schmerzen in Leib und Kreuz. Bef.: An das obere Scheiden-Ende schliesst sich eine tiefe Höhle mit höckerigen und ulcerierten Wandungen an. Diagn.: Carcinoma cervicis.

1894

Operiert 7. XII. Keine Nachblut. Ausfl. besteht fort in wechselnder Stärke. Keine Schmerzen. Allg. Bef. andauernd gut. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl angehalten, erfolgt auf Laxantien. Entlassen 17. XII.

97) A. B., 40 J., zieml. kräftig. Starke Schmerzen vorn im Unterleib, nach dem Kreuz zu ausstrahlend. Bef.: Portio verdickt, von der vorderen Lippe geht eine brüchige Masse aus. In der hinteren Lippe ein Knoten. Portio nach hinten fixiert. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 15. XII. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Keine Schmerzen. Wohlbefinden, nur am 16. XII. unterbrochen durch vorübergehende Temp.-Steigerung bis 39.9 mit Schüttelfrost. Urin spontan. Stuhl angehalten, erfolgt auf Einlauf. Entlassen 23. XII.

Besserung 2 Monate anhaltend, dann wieder leichte Schmerzen, die immer stärker wurden und andauerten. Keine Blutung. Kein Ausfl. Die ersten 2 Monate post operat. Schlaf und Appetit gut, dann abnehmend. Letzte 3 Wochen oft Erbrechen. † 20. VIII. 95 bei klarem Bewusstsein.

98) M. Sch., 44 J., kräftig. 19. II. 94 war die Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinoms gemacht worden. Seit 8 Wochen wieder starker Ausfl., häufige, beträchtliche, schwächende Blutungen. Schmerzen in der Scheide, bes. beim Ausspülen. Bef.: In der Scheide oben eine taubeneigrosse, mässig derbe, teilweise ulcerierte Masse, die der Wandung fest aufsitzt. Diagn.: Carc. Recidiv nach Exstirp. ut. totalis.

Operiert 15. XII. Nach Entfernung der Tampons am 17. blutig-wässeriger Ausfl., am 18. und 19. verstärkt. (Lysolausspülungen). Am 20. und 22. XII. Leib etwas aufgetrieben, beträchtliche Schmerzen in der Magengegend. Blähungen. Unterleib nicht empfindlich. Allg. Bef. befriedigend. Temp. am 17. und 18. XII. vorübergehend gesteigert. Urin spontan, Stuhl träge, erfolgt auf Abführmittel. Entlassen 22. XII.

99) M. St., 50 J., mässig kräftig. Seit Sommer 94 Kreuzschmerzen nur bei Nacht. Seit der letzten Periode im X. blieb starker Ausfl. bestehen. Bef.: Im Scheidengewölbe apfelgrosser Tumor. Rechts eine kleine Infiltration. Diagn.: Cancr. Pap. Geschwulst der Portio.

Operiert 20. XII. Keine Nachblut. Kein Ausfl. Keine Schmerzen. Andauernd gutes Allg. Bef. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl regelmässig. Entlassen 27. XII.

1/2 Monat relatives Wohlbefinden, dann wieder anhaltende Schmerzen und Ausfl. Keine Blutungen. Urinentleerung gut. Stuhlbeschwerden. Appetit schlecht, starker Durst. Schlaf nur noch auf Hypnotica. Lebte Anfang IV. 96 noch.

100) Th. V., 56 J., mässig kräftig. Starke Kreuzschmerzen, reichl. Ausfl. Vorigen Sommer einige geringe Blutabgänge. Bef.: Mmund durchgängig. Hintere Lippe zeigt Ulcerationen an der Oberfläche, vordere ektropioniert, ebenfalls ulceriert, rechtes Parametrium infiltriert. Diagn.: Carcinoma cervicis.

Operiert 20. XII. Keine Nachblut. Mässiger Ausfl. (Formalinausspülungen). Zeitweise zuckende Schmerzen in der Gegend des Os coccygis. Allg. Bef. gut. Temp. normal. Urin spontan. Stuhl angehalten, erfolgt nur auf Einläufe. Entlassen 30. XII. 94.